

PULIZIA

Il Sottoscritto nomina il Sig./la Sig.ra _____
Nato/a il _____ a _____
Residente a _____ in Via _____ Cell. _____
Quale responsabile della pulizia dell'ambulatorio medico dichiarando sin d'ora che al termine dell'utilizzo del locale, lo stesso sarà immediatamente riordinato e pulito affinché possa essere regolarmente garantito il successivo utilizzo.

Data _____

FIRMA**

** La richiesta non è valida se non è completa della fotocopia di un valido documento di riconoscimento del sottoscrittore.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto _____

DICHIARA

Di aver letto le informazioni di cui all'art. 13 al D.Lgs. 196/2003 in particolare riguardo ai diritti riconosciuti dalla legge ex art. 7 D.Lgs. 196/2003,

ACCONSENTE

Al trattamento dei dati personali con le modalità e per le finalità indicate nell'informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione del servizio.

Data _____

Firma leggibile per esteso
