

Allegato 2 al Protocollo Enti

**AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**  
**Via del Terminillo, 42 - 02100 – Rieti - C.F. e P.I. 00821180577**  
**Tel. 0746-2781- PEC [asl.rieti@pec.it](mailto:asl.rieti@pec.it) – [www.asl.rieti.it](http://www.asl.rieti.it)**

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**  
Responsabile: Dott. Gianluca Fovi De Ruggiero  
PEC: [dipartimentoprevenzione.asl.rieti@pec.it](mailto:dipartimentoprevenzione.asl.rieti@pec.it)

**Alla c.a. dei Responsabili  
di Enti, Associazioni, Imprese ed Istituzioni in indirizzo**

Si chiede alle SS.LL. la vostra preziosa collaborazione alla stipulazione del Protocollo d'Intesa in allegato firmando il consenso informato di seguito riportato, da inviare compilato nelle tempistiche specificate nella lettera di convocazione al seguente indirizzo mail:

[coordinamentopap@asl.rieti.it](mailto:coordinamentopap@asl.rieti.it)

Specifichiamo che i dati raccolti verranno utilizzati solo al fine di contatto per la firma del Protocollo d'Intesa e Operativo per l'espletamento delle attività correlate al *Piano Aziendale della Prevenzione (PAP) 2024*.

Nel ringraziarVi per la cortese disponibilità porgiamo distinti saluti.

Il/La/I sottoscritto/a/i \_\_\_\_\_

Cognome e nome

In qualità di Rappresentante/Responsabile/Presidente/Direttore di

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ACCONSENTE**

**NON ACCONSENTE**

alla sottoscrizione del Protocollo d'Intesa e Operativo per l'elaborazione di attività di prevenzione previste dal Piano Aziendale della Prevenzione (PAP) 2024.

Si identifica/ Si identificano come Referente/i per le azioni previste dal PAP 2024 (inserire titolo, nome, cognome, contatto telefonico ed indirizzo mail del/dei designato/i):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

e

**AUTORIZZO**

**NON AUTORIZZO**

al trattamento dei dati personali per i fini sopra esplicitati (art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali -D.Lgs n. 196/2003).

Luogo e Data

---

Firma  
Rappresentante/Responsabile/Presidente/  
Direttore dell'Ente/Associazione/  
Impresa/Istituzione

---

Firma del Referenti Aziendali di  
Programma designato per le attività del  
PAP

---