

 <p>REGIONE LAZIO</p>	<p>MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE PER GLI STUDENTI DELLA SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO E SECONDO GRADO</p>	<p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE</p>  <p>ASL RIETI</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Io sottoscritto/a.....
nato/a..... il.....
residente a.....
via.....N.....CAP.....

DICHIARO

di essere uno studente dell'Istituto Scolastico.....
Plesso.....
classe.....sezione.....

Luogo e Data

.....

Firma

.....

I DATI PERSONALI RACCOLTI NEL PRESENTE MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE SARANNO TRATTATI CON LE MODALITÀ PREVISTE DALLA VIGENTE NORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (REGOLAMENTO (EU) 2016/679; D.LGS. 196/2003) E UTILIZZATI UNICAMENTE PER LE FINALITÀ CONNESSE ALL'AUTOCERTIFICAZIONE MEDESIMA. .