

## DICHIARAZIONE DI CONFORMITA' DI COPIA

(ai sensi dell'art. 19 D.P.R. 445/2000)

Io sottoscritto .....

nato a ..... il .....

residente a .....

in via ..... n .....

consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace dall'art. 76, nonché di quanto previsto dall'art. 75 del D.P.R. 445/2000

### DICHIARO

Che il certificato medico (e/o suoi allegati) rilasciato da .....

.....  
.....

composto da n.° ..... pagine, è conforme all'originale in mio possesso.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma\* \_\_\_\_\_

\* allegare fotocopia del documento di identità

Ai sensi dell'art. 38, DPR 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato o a mezzo posta. La presente dichiarazione può essere sostituita dalla dichiarazione di conformità all'originale apposta in calce alla fotocopia del documento.

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o giudiziari) comunicati a Roma Capitale saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste Regolamento 679/2016/UE.

Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici.

Il Titolare del trattamento dei dati personali è Roma Capitale.

L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE.

L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici dell'Ente e consultabile sul sito web dell'Ente all'indirizzo [www.comune.roma.it](http://www.comune.roma.it).

I dati di contatto del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dal Titolare sono reperibili sul sito istituzionale dell'Ente.

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) .....

presta il consenso

nega il consenso

al trattamento dei dati personali.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_