



## Indirizzo PEC

Richiedo che le comunicazioni inerenti alla mia domanda avvengano esclusivamente tramite Posta Elettronica Certificata (PEC).

Indirizzo PEC: .....

Il sottoscritto/La sottoscritta dichiara inoltre di aver preso conoscenza della specifica Informativa sul trattamento dei dati personali finalizzato alla "Istanza di ricorso ai sensi dell'art. 14 della Legge Provinciale n. 46/1978 e decreto legge n. 5/2012, convertito con modificazioni dalla legge n. 35/2012".

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data

.....

Firma

## Allegato

Certificato di medico specialista rilasciato da non più di sei mesi

