

Al Dipartimento V – Servizio 2  
“Welfare e sostegno alle fragilità e alle disabilità  
e interventi finalizzati all’integrazione sociale.  
Attività SOLIDEA”  
Città Metropolitana di Roma Capitale

Dirigente: Dott.ssa Laura Onorati

Il/la sottoscritto/a.....  
Nato/a a.....Prov. ....il.....  
Residente in.....Prov. ....Via.....CAP.....  
Tel.....cellulare.....  
Documento di riconoscimento:..... n. ....  
rilasciato da.....il.....  
del quale si allega fotocopia.

**Dati relativi al minore accolto presso il Brefotrofio**

Cognome.....Nome.....  
Cognome conferito alla nascita.....  
Nato a .....il.....  
Mail .....

**Chiede**

.....  
.....  
.....  
.....

Motivazione ed interesse.....  
.....  
.....  
.....

E’ venuto a conoscenza della possibilità di accedere ai documenti conservati nell’Archivio Storico  
tramite.....

.....  
E’ in contatto con siti o social network dedicati alla ricerca delle origini..... Quali.....

.....  
.....

**In qualità di**

- Diretto interessato
- Legale rappresentante (allega delega e fotocopia documento del delegante e del legale)

Data.....

Firma

INFORMATIVA SULLA PRIVACY ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo del 30/06/2003 n. 196 e successive modifiche. Il trattamento dei dati personali è effettuato nel pieno rispetto delle disposizioni di legge. È garantita la massima riservatezza

I dati sopra riportati sono utilizzati esclusivamente per consentire l'identificazione dell'interessato ai fini del presente procedimento d'accesso.

I dati personali dell'interessato sono requisito essenziale per esercitare il diritto secondo la Legge n° 241/90, Legge n°15/2005.