

DICHIARAZIONE LIBERATORIA PER L'AUTORIZZAZIONE  
ALL'ACCESSO AL COMPENSORIO DI VIA LABICANA

Il/la sottoscritto/a<sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov.(\_\_\_\_\_)  
effettivo/a presso<sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_  
documento di riconoscimento<sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ ù  
di conferire con /di recarsi presso \_\_\_\_\_  
per il seguente motivo: \_\_\_\_\_.

Con la sottoscrizione della presente modulo DICHIARA di:

- esonerare e sollevare l'Amministrazione Difesa da ogni controversia penale e civile per eventuali incidenti/infortuni e danni subiti o cagionati a sé, a terzi, a cose o a beni;
- prestare consenso incondizionato, ai sensi del D.Lgvo. 196/2003, al trattamento delle informazioni e dei dati, inclusi quelli cosiddetti "sensibili" forniti dal sottoscritto, ovvero desunti da una banca dati, nel caso in cui, per motivi di sicurezza, fossero necessarie eventuali ulteriori verifiche.

Roma, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

Il sottoscritto, consapevole dell'assunzione esclusiva di responsabilità per ogni possibile nocumento subito o cagionato, dichiara di aver letto e compreso la presente dichiarazione prima di apporvi la firma di conferma.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
<sup>1</sup> Per il personale dell'A.D. indicare grado/qualifica cognome e nome;

<sup>2</sup> Per il personale dell'A.D. indicare l'Ente di servizio;

<sup>3</sup> Indicare il tipo ed il numero;