

SU CARTA INTESTATA

Spett. le  
**C.H.I.CO.**  
**Cluster of Health, Innovation and Community**  
Via di Castel Romano n.100  
00128 Roma

**Al Presidente Prof. Fabio Miraglia**

il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cittadino/a \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ in proprio o nella qualità di rappresentante legale di:  
Società/Ente \_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Partita IVA \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Pec \_\_\_\_\_

**Manifesta con la presente**

il proprio interesse al progetto dal titolo “**SAFETY IN HEALTHCARE**“, coordinato dal **C.H.I.CO. Cluster of Health Innovation and Community** in collaborazione con la **Direzione Centrale dell’Istituto Nazionale per l’Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL)**  
Ritiene che il progetto possa contribuire all’attuazione di corretti comportamenti operativi sia dei lavoratori sia delle persone coinvolte nella struttura stessa.

Dichiara di essere a conoscenza che, ai sensi dell’art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n.196 e sulla base della informativa che mi avete fornito, i miei dati personali potranno essere trattati dall’Associazione denominata “**C.H.I.C.O. - Cluster of Health, Innovation and Community**” e acconsento al loro utilizzo esclusivamente per il perseguimento degli scopi statutari e per le finalità nei limiti indicati dalla menzionata normativa e dalla informativa suindicata.

Luogo e data

Firma