



# Servizio per la cura delle Dipendenze

## ASL Pescara

Indirizzo di posta ordinaria: Via Renato Paolini, 47 - 65124 Pescara  
Ubicazione della Sede: Via Monte Faito – Ingresso Parcheggio Visitatori Ospedale Civile  
Tel: 085 425 3492 / 3490 - Fax terapia: 085 4253535  
E-mail ordinaria: [serd.pescara@asl.pe.it](mailto:serd.pescara@asl.pe.it) PEC: [serd.aslpe@pec.it](mailto:serd.aslpe@pec.it)

**Direttore dott. Gerardo Guarino**

### RICHIESTA di CERTIFICAZIONE

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a .....( ) il / /  
residente a .....( )  
Via .....n° ..... tel. (.....).....

#### CHIEDE

una certificazione attestante

.....  
.....  
..... da

presentare a .....

Pescara, li / /20\_\_



**Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR** Il titolare del trattamento dei dati è l'ASL di Pescara, contattabile scrivendo a [protocollogenerale@asl.pe.it](mailto:protocollogenerale@asl.pe.it). Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a [dpo@asl.pe.it](mailto:dpo@asl.pe.it). Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per finalità di diagnosi,

cura, amministrative, di tutela socio assistenziale sanitaria e motivi di interesse pubblico rilevante, come meglio descritto nell'informativa estesa reperibile presso le sedi dell'ASL, consultabile anche sul sito [asl.pe.it/datipersonali](http://asl.pe.it/datipersonali) e mediante il QR

Code qui accanto raffigurato

Firma del richiedente anche per presa visione della normativa estesa

.....

SPAZIO RISERVATO AL SER.D.

Richiesta ricevuta da .....

il ...../...../20\_\_ ore .....,.....

NON EVASA PERCHE' .....

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

Firma dell'Operatore Ser.D.