

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO NOTORIO

(Art. 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

(comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato) (prov.)

residente a _____ v. _____ n. _____

tel. _____

consapevole

- delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

- della cessazione della Sua iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (con conseguente revoca del medico di medicina generale), nel caso in cui venga accertata, presso il competente Centro per l'Impiego, la non veridicità della presente dichiarazione

DICHIARA

di essere in stato di disoccupazione involontaria e di essere iscritto al Centro per l'Impiego di

ed inoltre:

di aver svolto regolare attività lavorativa di lavoro subordinato e/o autonomo in Italia **per un periodo complessivo superiore ad un anno**, avendo presentato **la dichiarazione di immediata disponibilità (D.I.D.) a svolgere attività lavorativa**,

di aver svolto regolare attività lavorativa di lavoro subordinato e/o autonomo in Italia **per un periodo complessivo inferiore ad un anno**, avendo presentato **la dichiarazione di immediata disponibilità (D.I.D.) a svolgere attività lavorativa, in data** _____

Luogo e data

Il / La Dichiarante

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

I dati da lei forniti tramite questo modulo, compresi i suoi recapiti (numero di telefono e indirizzo e-mail), saranno registrati nell'Anagrafe sanitaria aziendale per futuri utilizzi previsti dalla legge.

Le informazioni generali sul trattamento dei dati personali sono consultabili sul sito internet dell'Azienda USL di Piacenza, sezione Privacy, al seguente link:

http://www.ausl.pc.it/privacy/privacy_dati_personali/informazioni%20generali%20trattamento%20dati%20personali.pdf

Ai sensi dell'art 38 D.P.R. 445 del 28/12/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza dell'operatore addetto ovvero sottoscritto o inviata, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato oppure a mezzo posta.

AVVERTENZE

- a) nel caso di svolgimento di attività lavorativa per meno di un anno il periodo di validità della tessera sanitaria partirà **dalla data di presentazione della dichiarazione di immediata disponibilità al lavoro (D.I.D.) e non dalla data della richiesta allo sportello dell'Azienda USL.**
- b) si invitano gli utenti a **verificare con attenzione ed accuratezza i dati inseriti in questa dichiarazione**, con particolare riferimento alle date. Si ricorda che, **in caso di incompletezza dei dati inseriti, l'operatore di sportello non potrà procedere all'emissione della tessera sanitaria**
- c) **si informa che tutte le dichiarazioni presentate saranno sottoposte a controllo da parte del competente ufficio dell'Azienda USL di Piacenza**