

## 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 revoca immediata della scelta 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 ATTUALMENTE IN REGOLA CON IL VERSAMENTO DEI  
CONTRIBUTI PREVIDENZIALI (I.N.P.S. – I.N.A.I.L.).

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](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.