

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

DICHIARA

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

E' fatta salva, comunque, la possibilità per l'Amministrazione di procedere ad idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive. Fermo restando quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/28.12.2000, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera