DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
ai sensi dell'art. 47 DPR 445 del 28 - 12 - 2000 e s.m.i.

Data ..... / ..... / ..... li .....
Il/la sottoscritto/a.....

Nato/a a ..... il ..... provincia (o stato estero)..... e residente a ..... provincia ..... in..... n° ..... telefono .....

consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e dalla decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo D.P.R. qualora, dal controllo di cui all'art. 71 del medesimo D.P.R., emergano dichiarazioni false e mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Indicare analiticamente tutti gli elementi necessari all'esatta individuazione delle situazioni certificate.
Dichiaro di aver ricevuto le informazioni preventive di cui al comma 1 art. 10 L.196/2003 e in particolare, sulla natura obbligatoria del conferimento dei dati di cui sopra e del loro utilizzo limitato esclusivamente ai fini della pratica per la quale sono stati richiesti.

Firma del dichiarante

_____

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) n. 2016/679, si informa che i dati personali contenuti nella presente comunicazione saranno trattati da ASUGI – ed eventualmente da soggetti terzi appositamente nominati Responsabili del trattamento ex art. 28 del menzionato Regolamento (UE) n. 2016/678 –, anche con strumenti informatici e per il tramite di soggetti a ciò autorizzati, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.
Ulteriori informazioni sul trattamento dei dati personali sono disponibili sul sito web di ASUGI, al link https://asugi.sanita.fvg.it/it/schede/menu_servizi/s_pvcy/