

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 4, comma 2, e 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Resa nell'interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

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

residente a _____ (_____)
(comune di residenza) (prov.)

in _____ n. _____
(indirizzo)

in qualità di _____ (coniuge o, in sua assenza, figlio o, in mancanza di questi,
altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado) del Sig./ra _____

_____ nato/a a _____

il ____/____/____, residente a _____ indirizzo _____,

temporaneamente impedito/a causa del suo stato di salute, rende la presente dichiarazione
nell'interesse del / della predetto/a

valendosi delle disposizioni di cui al D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R. sopra citato per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1, della normativa sopra indicata, presa visione dell'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 apposta in calce al presente modulo,

DICHIARA

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

Luogo e data

Il / La Dichiarante

.....

Ai sensi dell'art. 38 DPR 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta e inviata all'ufficio competente insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

Spazio riservato all'ufficio da utilizzare in alternativa all'invio della fotocopia del documento di identità o di riconoscimento in corso di validità.

Attesto, ai sensi dell'art 30 del DPR 445/2000, che il Sig. ha reso e sottoscritto in mia presenza la su estesa dichiarazione.

Pordenone, ___/___/_____

Il Pubblico Ufficiale
(nome e cognome e qualifica)

.....
Timbro dell'Ufficio

Informativa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003

L'Azienda per i Servizi sanitari n. 6 "Friuli Occidentale", in qualità di Titolare del trattamento, La Informa che i dati raccolti attraverso la compilazione del modulo per la dichiarazione sostitutiva di certificazione o di atto di notorietà vengono trattati per scopi strettamente inerenti alla verifica delle condizioni per l'erogazione del servizio / prestazione richiesto/a, secondo quanto previsto dalle disposizioni di legge o regolamentari.

I dati possono essere comunicati ai soggetti istituzionali nei soli casi previsti dalle disposizioni di legge o regolamento.

I dati dal Lei forniti verranno trattati sia utilizzando mezzi elettronici o comunque automatizzati, sia mezzi cartacei.

I dati da lei forniti potranno essere utilizzati ai fini della verifica della esattezza e veridicità delle dichiarazioni rilasciate, nelle forme e nei limiti previsti dal D.P.R. 445/2000.

Le ricordiamo che in qualità di interessato, Lei può esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art.7 del codice privacy, al fine di: a) conoscere, mediante accesso gratuito, l'origine dei dati personali, le finalità e modalità di trattamento, gli estremi identificativi dei soggetti che li trattano; b) ottenere l'aggiornamento, la rettifica ovvero l'integrazione dei dati che la riguardano, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, se contenuti in documenti suscettibili di tali modificazioni; c) opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati che la riguardano, ancorchè pertinenti allo scopo della raccolta.

Si ricorda che in caso di mancato inserimento di uno o più dati obbligatori non potrà godere del servizio (o prestazione) richiesto.

Il Responsabile del trattamento dei dati è la dott.ssa Emanuela Zamparo - Tel. 0434-369978 - Per esercitare i diritti previsti all'art. 7 del Codice della Privacy, sopra elencati, l'interessato dovrà rivolgere richiesta scritta indirizzata a: Ufficio Relazione con il Pubblico (URP) dell' Azienda per i Servizi Sanitari n. 6 "Friuli Occidentale" -Via Vecchia Ceramica , 1 -33170 Pordenone -Tel. 0434 /369988 – Fax. 0434/523011 – e-mail: urp@ass6.sanita.fvg.it