

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
(Art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il sottoscritto Cod.Fiscale

nato a il

residente a

in via n.

Consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

di essere domiciliato a

in via n.

Telefono per n. mesi (oltre 3, massimo 12)

per il seguente motivo:

Lavoro presso

Indicare eventuali familiari di cui si chiede l'iscrizione (dati anagrafici, nazionalità, rapporto parentela):

.....

Studio presso

Salute (come da documento allegato)

Iscrizione al registro della popolazione temporanea del Comune

.....
 Luogo e data

.....
 Firma

.....
 Firma leggibile del funzionario
 che riceve la dichiarazione e timbro Distretto

.....
 Estremi documento del dichiarante

N.B. – Se la firma non viene resa alla presenza dell'impiegato dell'ULSS che riceve la dichiarazione va allegata fotocopia del documento di identità del dichiarante in corso di validità.

Informativa ex art.13 del Regolamento UE 2016/679

L'Azienda, in qualità di titolare del trattamento La informa che i dati raccolti sono trattati per scopi inerenti alle verifiche per l'erogazione della tessera sanitaria. I predetti dati potranno essere utilizzati al fine dell'accertamento della esattezza e veridicità delle dichiarazioni rese. I dati da Lei forniti potranno essere comunicati a soggetti istituzionali nei casi previsti da disposizioni di legge o di regolamento. In qualità di interessato al trattamento, Lei potrà esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del Regolamento UE 2016/679.