



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
ai sensi dell'art.47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

Il sottoscritto/a

(nome) _____ (cognome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita* _____

nazionalità* _____ codice fiscale* _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n _____

telefono (fisso o mobile)* _____ P.E.C./e-mail * _____

**facoltativa*

CONSAPEVOLE CHE, ai sensi dell'art. 76, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dallo stesso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

DICHIARA

INFORMATIVA AI SENSI dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679:

“Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN2, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN2, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN2 è presentata all'ufficio Protocollo - Via Vida n. 10 - 12051 ALBA, indirizzo email: aslcn2@legalmail.it

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento, hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

Data _____ Firma (per esteso) _____

Parte da compilare a cura dell'Ufficio che riceve la dichiarazione

Atteso che la dichiarazione sopra riportata è stata sottoscritta e depositata in mia presenza dal Sig :.....
.identificato con documento di identità n.....

Data Il dipendente addetto

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

La dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà è la dichiarazione resa ai sensi dell'art 47 D.P.R. 445/2000, concernente stati, qualità personali e fatti a diretta conoscenza dell'interessato

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Il modulo deve essere compilato da chi deve attestare stati, qualità personali e fatti di cui sia a diretta conoscenza

COME FAR AVERE IL MODULO ALL'ASL

Le dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà devono essere sottoscritte in presenza del dipendente addetto a riceverle - previa identificazione del richiedente – oppure consegnate o trasmesse (via posta, posta elettronica certificata) all'ufficio competente, allegando la fotocopia di un documento di identità, o firmandole digitalmente.

Avvertenze

Si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione.