

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

ai sensi dell'art.46 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 * _____

**facoltativo*

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

Barrare la/e voci che riguardano la/e dichiarazione/i da produrre:

- di essere nato/a a _____ (_____) il _____
- di essere residente a _____
- di essere cittadino italiano (oppure) _____
- di godere dei diritti civili e politici
- di essere: celibe/nubile/di stato libero
- di essere coniugato/a con _____
- di essere vedovo/a di _____
- che la famiglia convivente si compone di:

(cognome e nome)

(luogo e data di nascita)

(rapporto di parentela)

(cognome e nome)	(luogo e data di nascita)	(rapporto di parentela)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- di essere tuttora vivente
- che il/la figlio/a è nato/a in data _____ a _____ (_____)
- che il proprio _____ nato il _____
(rapporto di parentela) (cognome nome)

a _____ e residente a _____

è morto in data _____ a _____

- di essere iscritto nell'albo, registro o elenco, tenuti da (Pubblica Amministrazione) _____
_____ di _____
- di appartenere all'ordine professionale _____

- titolo di studio posseduto _____ rilasciato dalla scuola/università _____ di _____
- esami sostenuti _____ presso la scuola/università _____ di _____
- qualifica professionale posseduta, titolo di specializzazione, di abilitazione, di formazione, di aggiornamento e di qualificazione tecnica _____
- la situazione reddituale o economica, anche ai fini della concessione dei benefici di qualsiasi tipo _____ previsti da leggi speciali, per l'anno _____ è la seguente _____
- assolvimento di specifici obblighi contributivi con indicazione dell'ammontare corrisposto _____
- possesso e numero del codice fiscale _____
- partita IVA e qualsiasi dato presente nell'archivio dell'anagrafe tributaria _____
- stato di disoccupazione _____
- qualità di pensionato e categoria di pensione _____
- qualità di studente presso la scuola/università _____ di _____
- qualità di legale rappresentante di persone fisiche o giuridiche, di tutore, di curatore e simili _____
- iscrizione presso associazioni o formazioni sociali di qualsiasi tipo _____
- di essere nelle seguenti situazioni relative all'adempimento degli obblighi militari, ivi comprese quelle attestate nel foglio matricolare dello stato di servizio _____
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa _____
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali _____
- di non essere l'ente destinatario di provvedimenti giudiziari che applicano le sanzioni amministrative di cui al decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231 _____
- qualità di vivenza a carico di _____
- nei registri dello stato civile del comune di _____ risulta che _____
- di non trovarsi in stato di liquidazione o di fallimento e di non aver presentato domanda di concordato.

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) _____

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Con la dichiarazione sostitutiva di certificazione possono essere sostituiti i certificati relativi agli stati, qualità personali e fatti indicati nell'art.46 D.P.R. 445/2000.

Non sono sostituibili con autocertificazione le certificazioni mediche, sanitarie, veterinarie, di origine, di conformità CE, di marchi e di brevetti.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Chi deve attestare stati, qualità personali e fatti di cui all'art.46 D.P.R. 445/2000

COME FAR AVERE IL MODULO ALL'ASL

Le dichiarazioni sostitutive di certificazione devono essere sottoscritte e consegnate al dipendente addetto a riceverle oppure trasmesse (via posta, posta elettronica certificata) all'ufficio competente, allegando la fotocopia di un documento di identità, o firmandole digitalmente.