

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA' (artt. 46 E 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____

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 *

- di essere nato/a a _____ (_____) il _____
 di essere residente in _____ Via _____ n. _____
 di essere cittadino/a italiano/a _____
 di avere effettiva dimora nel Comune di _____ Via _____
 che il/la figlio/a di nome _____ è nato/a in data _____
 a _____ è residente _____
 di essere a carico di _____ di avere a proprio carico _____
 di essere iscritto/a al Centro per l'Impiego di _____
 di essere iscritto/a alla Camera di Commercio, Industria e Artigianato di _____
 di essere iscritto/a all'Albo/Ordine _____
 che la famiglia convivente si compone di:

N.	COGNOME E NOME	NASCITA		RESIDENZA	Rapporto con il dichiarante
		LUOGO	DATA		
1					
2					
3					
4					
5					

 di non avere diritto all'assistenza sanitaria nel paese di origine: _____

 altro _____

 * *Crocettare le voci che interessano*
INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. e art. 13 del Reg. UE 2016/679:

"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1,, 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 CN1, 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 CN1 è presentata contattando l'U.R.P., Via Carlo Boggio 12 12100 CUNEO, indirizzo email: urp@aslcn1.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 del/la dichiarante (per esteso e leggibile) _____

Il sottoscrittore è identificato con documento di identità n. Data

Il dipendente addetto

 MOD_{DAD}103/REV n°06 del 06/2019

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il modulo di Autocertificazione viene utilizzato dai cittadini, nella facoltà riconosciuta dalla normativa vigente di presentare, in sostituzione delle tradizionali certificazioni richieste, propri stati e requisiti personali, mediante apposite dichiarazioni sottoscritte (firmate) dall'interessato. La firma non deve essere più autenticata. L'autocertificazione sostituisce i certificati senza che ci sia necessità di presentare successivamente il certificato vero e proprio. La pubblica amministrazione ha l'obbligo di accettarle, riservandosi la possibilità di controllo e verifica in caso di sussistenza di ragionevoli dubbi sulla veridicità del loro contenuto.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

La dichiarazione è resa dall'interessato

MODALITA' DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo può essere:

- a) Consegnato allo Sportello centrale o periferico multifunzionale e sottoscritto dall'interessato in presenza del dipendente addetto*, ovvero sottoscritto e presentato unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art 38, comma 3 DPR 445/2000)
- b) *firmato e spedito per posta, telefax, da PEC o da casella di posta elettronica ordinaria all'indirizzo: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it, allegando fotocopia di documento di identità in corso di validità del sottoscrittore*
- c) *firmato digitalmente dal sottoscrittore e trasmesso all'indirizzo: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it*

*(*nel caso in cui l'utente scelta la modalità di consegna di cui al punto a) l'operatore di Sportello procederà alla rilevazione del n. di carta d'identità compilando la parte: "Il sottoscrittore è identificato con documento di identità n. Data Il dipendente addetto").*

Avvertenze

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

MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA

L'Ufficio ASL ritira l'Autocertificazione e dà luogo agli adempimenti successivi conseguenti alla presa d'atto del motivo di presentazione dell'autocertifica stessa.

RIFERIMENTI

Distretti	http://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/lassistenza-sanitaria-di-base/iscrivere-al-sistema-sanitario-nazionale/
-----------	---