

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(ART. 4, COMMA 2, E ART. 47 DPR 445 DEL 28.12.2000)
resa nell'interesse di chi si trovi in una situazione di temporaneo impedimento
alla sottoscrizione per ragioni di salute

Il sottoscritto/a

(nome) _____ (cognome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

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

telefono (fisso o mobile) _____ e-mail _____

documento di identità _____ n. _____

rilasciato da _____ in data _____

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./sig.ra : (nome) _____ (cognome) _____

nato/a il _____ a _____ 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. 28.12.200, n. 445 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. sopracitato per l'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. n. 196/2003 e s.m.i. e del Reg. UE 2016/679, apposta in calce al presente modulo

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 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 _____

Si ricorda che la presente dichiarazione deve essere accompagnata da copia del documento d'identità dell'assistito con temporaneo impedimento alla sottoscrizione per ragioni di salute.

Il sottoscrittore è identificato con documento di identità n. in data

Il dipendente addetto

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il modulo serve per consentire una determinata attività per conto di chi è temporaneamente impedito a causa del suo stato di salute

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Coniuge o, in sua assenza, figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado.

COME FAR AVERE IL MODULO ALL'ASL CN1

Il modulo può essere consegnato allo Sportello 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)

MODALITÀ E TEMPI DI RISPOSTA

I tempi di risposta dipendono dal tipo di pratica per il quale viene presentato il modulo e sono connessi alla relativa tipologia di procedimento amministrativo come pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito www.aslcn1.it.

RIFERIMENTI

Distretti	https://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/distretti-sanitari/isciversi-al-sistema-sanitario-nazionale
-----------	---