

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
PER RICHIESTA DI MONTASCALE MOBILE****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) _____ e-mail (facoltativa) _____

in qualità di: diretto interessato familiare altro (specificare) _____**di:**

(nome) _____ (cognome) _____ nato/a il _____

a _____ prov. _____ grado di parentela (specificare) _____

residenza (se diversa) _____ codice fiscale _____

richiedente la fornitura di un montascale mobile,

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

- Che l'abitazione del/della richiedente è situata nel Comune di _____ in Via _____ al n° _____, piano _____, numero di rampe _____;
- Che l'edificio è sprovvisto di ascensore ed il dislivello non può essere superato attraverso una rampa;
- Che la costruzione dell'edificio è antecedente al 1989.

Inoltre, consapevole che un uso improprio dell'ausilio può risultare pericoloso, s'impegna a non utilizzare il montascale prima dell'istruzione all'uso che sarà effettuata da personale qualificato dell'ASL CN1.

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 (art. 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)

In fede,

data _____ firma (per esteso) _____

Il sottoscrittore è identificato con documento di identità n. Data
Il dipendente addetto

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il presente modulo serve quale dichiarazione sostitutiva di Atto di Notorietà al fine di ottenere la fornitura, in base ai requisiti normativi vigenti, di montascale mobile.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

La dichiarazione è resa dall'interessato o, in alternativa, dai soggetti sotto indicati:

- genitore esercente la potestà
- tutore
- interessato con assistenza del curatore
- coniuge, figlio o altro parente in linea diretta fino al 3° grado per impedimento temporaneo per motivi di salute.

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").*

MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA

L'autorizzazione alla fornitura di montascale mobile viene effettuata dallo Sportello Distrettuale di Assistenza Protesica, territorialmente competente, una volta esperite le procedure previste dalla normativa vigente.

TEMPO DI RISPOSTA:

Procedimento amministrativo pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito www.aslcn1.it

RIFERIMENTI

Distretti	http://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/distretti-sanitari/assistenza-protetica/
------------------	---