

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

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*

\*\* *Per i cittadini comunitari indicare Istituzione Estera Competente o allegare copia TEAM del paese di provenienza*

**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](mailto: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. \_\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

L'operatore addetto \_\_\_\_\_ Sportello di \_\_\_\_\_

## **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, da PEC o da casella di posta elettronica ordinaria all'indirizzo: [protocollo@aslcn1.legalmailPA.it](mailto: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](mailto:protocollo@aslcn1.legalmailPA.it)

### **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**

<b>Distretti</b>	<a href="https://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/distretti-sanitari/isciversi-al-sistema-sanitario-nazionale">https://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/distretti-sanitari/isciversi-al-sistema-sanitario-nazionale</a>
------------------	---