



DIREZIONE AREA OSPEDALIERA
Ufficio Cartelle Cliniche
Tel. 0165/543240 - Fax 0165/543631

MODELLO D

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
DI
CERTIFICAZIONE
(Art. 46 DPR 445/2000)**

Il/La sottoscritt _____
consapevole delle sanzioni penali previste dall'Art. 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e
dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA

di essere nat_ a _____ il _____

di essere residente a _____

di essere genitore esercente la potestà sul minore _____
nato a _____ il _____
residente in _____

di essere il tutore/curatore del minore/interdetto/inabilitato/incapace di sottoscrivere

_____ nato a _____ il _____
residente in _____

di essere in possesso di provvedimento di nomina a tutore/curatore (indicare una delle tre opzioni)

- Prov. n. _____ del _____
- che si impegna ad esibire all'atto del ritiro della documentazione
- che si impegna ad esibire a richiesta dell'Amministrazione

Data e luogo _____

Firma _____
(allegare documento d'identità)

Ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e del D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs 101/2018, si informa che il trattamento dei dati personali personali sarà improntato a liceità e correttezza nel pieno rispetto di quanto stabilito dalla citata normativa e dei relativi obblighi di riservatezza. I dati, il cui conferimento è obbligatorio, verranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Sono fatti salvi, in ogni caso, i diritti di cui agli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679. Si precisa che l'informativa al trattamento dei dati dell'Azienda U.S.L Valle d'Aosta è pubblicata in forma completa sul sito www.ausl.vda.it, nella sezione Privacy"

Firma del responsabile del procedimento _____