

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

per stati, qualità personali o fatti che siano a diretta conoscenza dell'interessato (Art. 47, DPR n. 445 del 28 dicembre 2000)

Io sottoscritto, nato a

.....

il, residente a in

via.....ProvinciaCodice Fiscale

.....

- valendomi delle disposizioni di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.;
- consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R. sopra citato per le 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. 196/2003, allegata al presente modulo,

DICHIARO

sotto la mia personale responsabilità:

- a) di avere soggiornato dal giorno al giorno presso la località diProvincia al fine di fruire delle prestazioni di assistenza sanitaria integrativa per mutilati e invalidi di guerra, per cause di guerra e per servizio di cui alla L. R. 27 novembre 2001, n. 25;
- b) di essere stato ospite, durante detto periodo, presso la struttura ricettiva (alberghiera, extralberghiera, ecc.) denominata sita in , via , n.Provincia
- c) di avere corrisposto l'importo complessivo di euro, per spese di soggiorno presso la struttura di cui alla lettera b);

Dichiaro altresì (a seconda delle circostanze) che:

- nello stesso periodo e presso la stessa struttura ricettiva ha soggiornato assieme a me l'accompagnatore autorizzato, Sig./ra
- le prescritte cure termali sono state eseguite presso lo stabilimento nei seguenti giorni
- le prescritte cure climatiche/soggiorni terapeutici sono state effettuate nel periodo compreso dal giorno al giorno, come da attestazione di presenza nella località di cura rilasciata dalla stazione dei Carabinieri di, che si allega.

(luogo e data)

IL DICHIARANTE

(1)

Allegata:

- fotocopia del documento d'identità del dichiarante (solo qualora la dichiarazione non sia sottoscritta in presenza del dipendente addetto);

(1) Ai sensi dell'art. 38 DPR 445/2000, la dichiarazione può essere:

a) sottoscritta in presenza del dipendente addetto;

b) sottoscritta e inviata all'ufficio competente - insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante - via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

Spazio riservato all'ufficio, da utilizzare in alternativa all'invio della fotocopia del documento di identità o di riconoscimento in corso di validità.

Attesto, ai sensi dell'art 30 del DPR 445/2000, che il Sig. ha reso e sottoscritto in mia presenza la su estesa dichiarazione.

(luogo e data)_____

Timbro dell'Ufficio

IL PUBBLICO UFFICIALE
(nome e cognome e qualifica)

.....

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003

L'Azienda per i Servizi Sanitari n. _____ " _____", in qualità di Titolare del trattamento, La Informa che i dati raccolti attraverso la compilazione del modulo per la dichiarazione sostitutiva di certificazione o di atto di notorietà vengono trattati per scopi strettamente inerenti alla verifica delle condizioni per l'erogazione del servizio / prestazione richiesto/a, secondo quanto previsto dalle disposizioni di legge o regolamentari.

I dati possono essere comunicati ai soggetti istituzionali nei soli casi previsti dalle disposizioni di legge o regolamento.

I dati da Lei forniti verranno trattati sia utilizzando mezzi elettronici o comunque automatizzati, sia mezzi cartacei.

I dati da lei forniti saranno utilizzati ai fini della verifica della esattezza e veridicità delle dichiarazioni rilasciate, nelle forme e nei limiti previsti dal D.P.R. 445/2000.

Le ricordiamo che in qualità di interessato, Lei può esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art.7 del codice privacy, al fine di: a) conoscere, mediante accesso gratuito, l'origine dei dati personali, le finalità e modalità di trattamento, gli estremi identificativi dei soggetti che li trattano; b) ottenere l'aggiornamento, la rettifica ovvero l'integrazione dei dati che la riguardano, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, se contenuti in documenti suscettibili di tali modificazioni; c) opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati che la riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta.

Si ricorda che in caso di mancato inserimento di uno o più dati obbligatori non potrà godere del servizio (o prestazione) richiesto.

Il **Responsabile del trattamento dei dati** è: _____
tel. _____ Per esercitare i diritti sopra elencati, previsti all'art. 7 del Codice della Privacy, l'interessato dovrà rivolgere richiesta scritta indirizzata a: Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. _____x " _____" -Via _____
tel. _____ fax. _____ - e-mail: _____

IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE