



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
**(Artt. 5 e 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**  
**RESA DAL GENITORE O DAL TUTORE**

Il/la sottoscritta \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato a \_\_\_\_\_ (luogo) \_\_\_\_\_ (prov.) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (luogo) \_\_\_\_\_ (prov.) in via \_\_\_\_\_ (indirizzo)

in qualità di:

- genitore** munito della potestà (barrare una delle caselle sotto elencate) :
  - congiunta con il coniuge che è a conoscenza dell'attuale istanza, con attestazione della insussistenza di impedimenti al rilascio della presente autocertificazione;
  - in via esclusiva;

**tutore** (indicare gli estremi del provvedimento di nomina alla tutela .....  
.....)  
del Sig. ....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000

**D I C H I A R A** che citato Sig. \_\_\_\_\_

- è nato a \_\_\_\_\_ (prov.) il \_\_\_\_\_
- è residente \_\_\_\_\_
- è cittadino \_\_\_\_\_
- è celibe/nubile/di stato libero
- è coniugato con/a con \_\_\_\_\_
- è vedovo/a di \_\_\_\_\_
- è divorziato/a da \_\_\_\_\_
- ha uno stato di famiglia composto dalle seguenti persone:

(cognome nome) (luogo e data di nascita) (rapporto di parentela)

- è tuttora vivente
- ha il/la figlio/a nato/a in data \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (prov.)
- ha il proprio \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
(rapporto di parentela) (cognome nome)  
a \_\_\_\_\_ e risulta morto in data \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_



- è iscritto nell'Albo o Elenco \_\_\_\_\_ tenuto dalla  
Pubblica Amministrazione \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_
- appartiene all'Ordine Professionale \_\_\_\_\_
- possiede il titolo di studio: \_\_\_\_\_ rilasciato dalla  
Scuola/Università \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_
- ha la qualità di studente presso la Scuola/Università \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_
- ha qualità di pensionato e categoria di pensione \_\_\_\_\_
- è in stato di disoccupazione con iscrizione al \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ con decorrenza dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- ha una situazione reddituale/ economica anche ai fini della concessione  
di \_\_\_\_\_  
(cifre) (lettere)
- ha assolto a specifici obblighi contributivi con indicazione dell'ammontare corrisposto  
di \_\_\_\_\_
- è in possesso e il numero del codice fiscale \_\_\_\_\_
- ha un'iscrizione partita IVA e qualsiasi dato presente nell'archivio dell'anagrafe  
tributaria di \_\_\_\_\_
- la qualità di vivenza a carico di \_\_\_\_\_

Barrare la/le voci che riguardano la/le dichiarazione/i da produrre.

#### INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi degli artt. 13 e 14 Reg. UE n. 2016/679 e del vigente D.lgs. 196/03

La informiamo che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per eseguire i propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio di pubblici poteri a fronte dei servizi richiesti dall'utente. In relazione ai dati personali conferiti, gli interessati hanno il diritto, compatibilmente agli obblighi di legge vigenti, di ottenere l'accesso ai propri dati, copia, rettifica, cancellazione o la limitazione del trattamento o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento). Nel caso il trattamento avvenga in violazione del citato Regolamento, l'interessato ha diritto, inoltre, di proporre reclamo al Garante o di adire le opportune sedi giudiziarie. Resta inteso che il conferimento dei dati è strettamente necessario, tuttavia l'eventuale rifiuto a fornirci, in tutto o in parte, i suoi dati personali potrà comportare la mancata o parziale esecuzione della richiesta presentata. Per prendere visione dell'informativa completa, si invita l'interessato a consultare e/o chiedere copia della modulistica allegata oppure prendere visione delle informative esposte nei locali e/o presenti sul sito [www.asst-lodi.it](http://www.asst-lodi.it). **Dati di contatto del Titolare del Trattamento:** Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lodi, Piazza Ospedale, 10 – 26900 Lodi, Tel. 0371-371; Indirizzo mail [protocollo@pec.asst-lodi.it](mailto:protocollo@pec.asst-lodi.it); **Dati di contatto Responsabile della Protezione dei Dati personali:** Dott.ssa Maria Francesca Fasano; Viale Savoia, 1 – 26900 Lodi; Tel. 0371-371; mail [dpo@asst-lodi.it](mailto:dpo@asst-lodi.it).

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

II DICHIARANTE  
\_\_\_\_\_



La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

Dichiarazione resa dall'interessato identificato con:

1) documento di identità in **corso di validità** \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

2) documento di identità **non in corso di validità** ; si attesta e conferma dei dati contenuti nel documento di identità \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

Da: operatore \_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

