



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVE DELL'ATTO DI NOTORIETA'
Art. 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

Il/la sottoscritta _____
(cognome) (nome)

nato a _____ (luogo) _____ (prov.) il _____

residente a _____ in via _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

Stato _____ domiciliato _____

Familiare del lavoratore _____ C.F. _____

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

Di essere familiare fiscalmente a carico di _____ dal _____ e di non essere soggetto alla legislazione di sicurezza sociale dello Stato di appartenenza

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. **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; **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.

(luogo e data)

IL DICHIARANTE

Ai sensi dell'art. 38 DPR 445 del 28/12/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto

Allegare fotocopia del documento identità del dichiarante

Da: operatore _____ Sede _____ Data _____

