



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
Regione Basilicata
ASM MATERA

MOD. 03

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 — D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)

II/La sottoscritto /a _____
nato/a a _____ (prov._____)
residente a _____(Prov._____)
in Via/piazza _____ n. _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 DPR n. 445/2000

DICHIARA

Dichiaro altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della L. 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e Data

IL DICHIARANTE

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. n. 445 del 28 Dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato oppure a mezzo posta.