

DICHIARAZIONE RESA NELL'INTERESSE DI CHI SI TROVI IN UNA SITUAZIONE DI IMPEDIMENTO ALLA SOTTOSCRIZIONE

(resa a pubblico ufficiale nell'interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute)

(ART. 4 c. 2 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e ss.mm.ii.)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (Prov. _____) il _____

Residente a _____ (Prov. _____) in Via/Piazza _____

n. _____

indirizzo di posta elettronica/posta elettronica certificata (PEC)

fax _____

in qualità di tutore / amministratore di sostegno del Sig.

coniuge o, in sua assenza, figlio o, in mancanza di questi altro parente (in linea retta o collaterale fino al terzo grado) del Sig.

nato/a a prov. (.....) il/...../.....

residente in prov. (.....)

cap via n°

temporaneamente impedito a causa del suo stato di salute, nell'interesse del medesimo/a rende la predetta dichiarazione - consapevole della decadenza dei benefici eventualmente emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del medesimo D.P.R. e delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci - e

DICHIARA

Informativa ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (l'informativa completa è pubblicata sul sito www.ats-brescia.it):

- i dati forniti verranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura per cui sono raccolti;
- il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;
- il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura;
- titolare del trattamento è l'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia;
- responsabile del trattamento è il dirigente Responsabile della struttura destinataria della presente dichiarazione;
- in ogni momento potranno essere esercitati nei confronti del Titolare/Responsabile del trattamento i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Reg. 679/2016/UE.

(luogo, data)

Il Dichiarante

Il sottoscritto funzionario _____ Ufficio _____

dell’Agenzia di Tutela della Salute di Brescia, attesta che le premesse dichiarazioni sono state rese in sua presenza

dal sig./a _____

(indicare estremi documento di riconoscimento)

Luogo e data

timbro ufficio ATS
