



**S.C. DIREZIONE SANITARIA di PRESIDIO**

**Largo Turati, 62 Torino**

Telefono: 011/508.5312-5310-2073

Fax 011/508.2293

e-mail: [direziones@mauriziano.it](mailto:direziones@mauriziano.it)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

(rilasciata ai sensi dell'art. 47 del DPR n.445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

cognome

nome

nato/a a \_\_\_\_\_

( ) il \_\_\_\_\_

luogo

sigla prov.

Data

indirizzo \_\_\_\_\_

Via/Piazza e numero civico

consapevole delle sanzioni penali e civili, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali a norma del Regolamento UE 2016/679 ("GDPR"), presente anche sul sito web dell'Azienda (seguendo il percorso "Amministrazione Trasparente" → Disposizioni generali → Atti generali → Privacy, oppure direttamente alla pagina web <https://www.mauriziano.it/informative-al-paziente/privacy>)

\_\_\_\_\_

luogo e data

\_\_\_\_\_

firma del dichiarante\*

\*La firma non deve essere autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente/Ufficio che ha richiesto la dichiarazione.

- Allegare fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

- Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art.37, comma 1 del DPR 445/2000.