

# DICHIARAZIONE RESA DA CHI NON SA O NON PUO' FIRMARE

(resa a pubblico ufficiale da chi non sa o non può firmare)

**(ART. 4 c. 1 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 \_\_\_\_\_

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

## DICHIARA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Informativa ai sensi del decreto legislativo 196/2003, articolo 13:

- 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 del trattamento i diritti di cui all'art. 7 del d.lgs.196/2003.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ funzionario dell'Ufficio \_\_\_\_\_

l'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia, attesta che le premesse dichiarazioni sono state rese verbalmente in sua presenza dal sig./sig.a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (indicare anche estremi documento di riconoscimento)

Il/la quale ha dichiarato altresì di avere un impedimento a sottoscrivere.

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

\_\_\_\_\_  
(timbro/firma dell'ufficio)