

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' ATTESTANTE LA  
CONFORMITA' DI UNA COPIA ALL'ORIGINALE**

**(ART. 19 e 47 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 \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, 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**

**sotto la propria responsabilità che la presente copia, composta da n. .... fogli, è conforme all'originale**

\_\_\_\_\_ 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](http://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

\_\_\_\_\_ Ai sensi dell'articolo 38 del d.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la presente dichiarazione è stata:

- sottoscritta, previa identificazione del richiedente, in presenza del dipendente addetto

\_\_\_\_\_ (indicare in stampatello il nome del dipendente)

- sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore