

# 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](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

**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**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_