

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(ART. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e ss.mm.ii.)

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

Nato a _____ (prov. _____) il _____
(luogo)

Residente a _____ (prov. _____) Via _____ n. _____

Indirizzo di posta elettronica/posta elettronica certificata (PEC) _____
_____ fax _____

Ai sensi dell'art. 46 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

D I C H I A R A - SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

di essere nato/a a _____ (prov. _____) il _____

di essere residente a _____ (prov. _____)

Via _____ n. _____

di essere cittadino/a italiano/a (oppure) _____

di avere il godimento dei diritti civili;

di avere il godimento dei diritti politici;

di avere il seguente stato civile:

celibe/nubile

coniugato

vedovo/a

stato libero

che il proprio stato di famiglia è così composto:

| Parentela | Cognome e nome | Luogo di nascita | Data di nascita |
|-----------|----------------|------------------|-----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

di dare atto della propria esistenza in vita;

che il/la proprio/a figlio/a _____

è nato/a a _____ il _____;

che il proprio coniuge/ascendente/discendente _____

è deceduto a _____ il _____;

di essere iscritto/a all'albo o elenco _____ tenuto da

_____ di _____ al n. _____;

- di appartenere al seguente ordine professionale _____
_____;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio _____

- conseguito presso (istituto/università) _____

- di _____ nell'anno _____;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio/qualifica professionale/ titolo di specializzazione/di
abilitazione/ di formazione /di aggiornamento e di qualificazione tecnica

- conseguito presso _____
- di _____ nell'anno _____;
- di avere sostenuto i seguenti esami con l'esito di seguito specificato:

_____;
- che la propria situazione reddituale od economica, anche ai fini della concessione di benefici di qualsiasi
tipo, previsti da leggi speciali, per l'anno è la seguente: _____

-
- di avere assolto i seguenti obblighi contributivi per l'ammontare specificato di seguito: _____
_____;
- di essere in possesso di codice fiscale/partita IVA n. _____
e di qualsiasi altro dato presente nell'archivio dell'anagrafe tributaria _____
_____;
- di essere: _____
(disoccupato – studente – casalinga)
- di essere pensionato ed appartenere alla seguente categoria: _____

- di essere _____
(legale rappresentante, tutore, curatore o simile) di _____

- di essere iscritto/a alla seguente associazione o formazione sociale _____

- di essere nella seguente posizione riguardo agli obblighi militari, ivi comprese quelle attestate nel foglio
matricolare dello stato di servizio _____

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano
l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel
casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di essere a carico di _____
- di essere a diretta conoscenza dei seguenti dati contenuti nei registri dello stato civile del Comune di :

- di non trovarsi in stato di liquidazione o di fallimento e di non aver presentato domanda di concordato.

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 e data

Il DICHIARANTE

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi.