**RICHIESTA DI ISCRIZIONE AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione e/o dell’Atto di notorietà**

**(Artt. 46, 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,

 richiamate dall’art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

**DICHIARA**

⃞ di essere nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⃞ di essere residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⃞ di essere domiciliato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⃞ di essere cittadino italiano (oppure) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⃞ che il/la figlio/a è nato/a il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⃞ che la mia famiglia è così composta:

Cognome e nome Luogo di nascita Data nascita Parentela Codice Fiscale.

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

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

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

**\*\*\*\*\***

INDICAZIONI CODICE PRIVACY

L’Azienda sanitaria Friuli Occidentale, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, tratterà i Suoi dati personali, anche al fine della presente richiesta, in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE n. 679/2016 e d.lgs. 196/2003, come modificato dal d.lgs. 101/2018). L’informativa (*Informativa per il trattamento dei dati personali tramite Dossier Sanitario Elettronico*) e il relativo modulo di consenso, valevoli per tutti i trattamenti di dati personali della S.V. effettuati presso l’ASFO, sono pubblicati nel sito web istituzionale <https://asfo.sanita.fvg.it/it/> (sezione Privacy, Espressione del consenso).

**Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(per esteso e leggibile)