

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI

(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a _____

(cognome)

(nome)

nato a _____ (_____) il _____

(comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo Stato)

(prov.)

residente a _____ (_____) in Via _____ n. _____

(luogo)

(prov.)

(indirizzo)

valendosi delle disposizioni di cui al D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R. sopra citato per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1, della normativa sopra indicata, presa visione dell'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 apposta in calce al presente modulo,

D I C H I A R A

di essere residente in via _____ n. _____ a _____ (_____);

di essere titolare di patente speciale cat. _____ n. _____
rilasciata in data _____ dalla Prefettura/M.T.C.M. di _____;

di essere tuttora in stato di invalidità comportante ridotte capacità motorie;

che la copia del libretto di circolazione che si allega è conforme all'originale in mio possesso;

che la fattura che si allega è relativa ai lavori di modifica degli strumenti di guida del veicolo di mio utilizzo;

che, ai fini della domanda di contributo alla spesa per la modifica agli strumenti di guida, per lo stesso ammontare di spesa non sono stati richiesti e/o ottenuti contributi a carico del bilancio dello Stato o di altri Enti Pubblici;

(luogo, 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 e ai privati che vi consentono.

Informativa
ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003

L'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale - ASFO, in qualità di Titolare del trattamento, La Informa che i dati raccolti attraverso la compilazione del modulo per la dichiarazione sostitutiva di certificazione o di atto di notorietà vengono trattati per scopi strettamente inerenti alla verifica delle condizioni per l'erogazione del servizio / prestazione richiesto/a, secondo quanto previsto dalle disposizioni di legge o regolamentari.

I dati possono essere comunicati ai soggetti istituzionali nei soli casi previsti dalle disposizioni di legge o regolamento.

I dati dal Lei forniti verranno trattati sia utilizzando mezzi elettronici o comunque automatizzati, sia mezzi cartacei.

I dati da lei forniti potranno essere utilizzati ai fini della verifica della esattezza e veridicità delle dichiarazioni rilasciate, nelle forme e nei limiti previsti dal D.P.R. 445/2000.

Le ricordiamo che in qualità di interessato, Lei può esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art.7 del codice privacy, al fine di: a) conoscere, mediante accesso gratuito, l'origine dei dati personali, le finalità e modalità di trattamento, gli estremi identificativi dei soggetti che li trattano; b) ottenere l'aggiornamento, la rettifica ovvero l'integrazione dei dati che la riguardano, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, se contenuti in documenti suscettibili di tali modificazioni; c) opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati che la riguardano, ancorchè pertinenti allo scopo della raccolta.

Si ricorda che in caso di mancato inserimento di uno o più dati obbligatori non potrà godere del servizio (o prestazione) richiesto.

Il Responsabile del trattamento dei dati è: dott Sandro Santarossa - Tel. 0434 369738 - Per esercitare i diritti previsti all'art. 7 del Codice della Privacy, sopra elencati, l'interessato dovrà rivolgere richiesta scritta indirizzata a: Ufficio Relazione con il Pubblico (URP) dell' Azienda Sanitaria Friuli Occidentale - ASFO -Via Vecchia Ceramica, 1 -33170 Pordenone - Tel. 0434 /369988 – Fax. 0434/523011 – e-mail: urp@asfo.sanita.fvg.it