



AL05

**MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE EX DPR N. 445/2000 PER L'INVIO DI UNA SEGNALAZIONE DI VARIA NATURA ALL'ASST  
RHODENSE**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, documento  
d'identità n. \_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_, consapevole  
delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false (cfr. DPR n. 445/2000);

**DICHIARO**

Di essere \_\_\_\_\_

*(specificare: genitore; parente; figlio; rappresentante legale (es. tutore; curatore; amministratore di sostegno))*

del/della sig./sig.ra \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Dichiaro di aver letto la specifica informativa ex art. 13 del GDPR di ASST RHODENSE (agevolmente rinvenibile all'interno del sito internet e/o in appositi spazi/locali di quest'ultima).

**Allegare copia del documento d'identità del soggetto dichiarante.**

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_