Allegato 6

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Rhodense

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
Art. 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

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

nato a _____ (_____) il ____ /____ / _____
(luogo) (prov.)

residente a _____ (_____) in via _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000

D I CH I A R A

……
……
……
……
……
……
……
……
……

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 del 27/04/2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali

L'ASST Rhodense, quale Titolare del trattamento, informa che i dati dell'interessato saranno utilizzati con modalità cartacee e telematiche nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.
Ai sensi dell'art. 5 del Regolamento UE 2016/679 i dati personali saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente, raccolti per le finalità determinate, esplicite e legittime, adeguati, pertinenti e limitati a quanto necessario rispetto alle finalità per i quali sono stati trattati, conservati per l'arco temporale previsto dalla normativa di riferimento e trattati in maniera da garantire un'adeguata sicurezza dei dati stessi.
I dati non saranno diffusi e/o comunicati a terzi ad eccezione dei casi previsti dalla Legge.
Ai sensi dell'art. 15 del citato Regolamento UE 2016/679, l'interessato può chiedere al Titolare del trattamento: l'accesso, la rettifica, la limitazione del trattamento dei dati personali e il periodo di conservazione, non potrà esercitare il diritto alla cancellazione dei dati in quanto il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nella sanità pubblica (art. 17, comma 3, lettera c, Regolamento UE 2016/679).
L'interessato può presentare reclamo indirizzando l'istanza all'Ufficio relazioni con il pubblico dell'ASST.

_____ lì ____ / ____ / _____
(luogo e data)

IL DICHIARANTE

_____

Ai sensi dell'art. 38 DPR 445 del 28/12/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto
Allegare fotocopia del documento identità del dichiarante

Da: operatore _____ Sede_____ Data ____ / ____ / _____