

Dichiarazioni sostitutive di certificazione

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

Il/La Sottoscritt/____ nat/____ in _____
il _____ residente in _____ via/piazza _____ n. _____
cittadinanza _____, C.F. _____ domicilio _____
via/piazza _____ n.____, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art 76 del D.P.R.
445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

Da compilare esclusivamente in caso di residenza fuori ambito territoriale o fuori ASL

☐ Fuori Ambito (residente ASL Ogliastra)

☐ Fuori ASL – Iscrizione temporanea – MOTIVO ☐ Lavoro ☐ Studio ☐ Salute ☐ Ospitalità

CHIEDE

- Di **scegliere** Dott/ssa _____
- Di **revocare** Dott/ssa _____

☐ Per se;

☐ Per i sottoindicati familiari conviventi

Residenti _____ via/piazza _____ n. _____

Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto con il/la dichiarante

IL/La sottoscritto/a dichiara di prestare il proprio consenso ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR) e del Decreto legislativo n. 101 del 10/08/2018, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata. Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente eventuali risoluzioni anticipate della dimora temporanea e modifiche della stessa in senso definitivo

Luogo e Data

Firma del dichiarante
