

Dichiarazioni sostitutive di certificazioni (Art. 46 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ Provincia _____ n. tel. _____
residente a (residenza anagrafica) _____
via _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, dichiara:

- ☐ **1.** di essere nato/a a (Comune o provincia Stato estero di nascita) _____
il (data di nascita) _____ ;
- ☐ **2.** di essere residente a _____ ;
- ☐ **3.** di essere cittadino/a _____ ;
- ☐ **4.** di essere: ☐ celibe/nubile ☐ coniugato/a ☐ vedovo/a ☐ stato libero;
- ☐ **5.** che il/la figlio/a (cognome e nome) _____
è nato/a in data _____ a _____ ;
- ☐ **6.** che (cognome e nome) _____ nato/a il _____
residente in _____ rapporto di parentela _____
è deceduto/a in data _____ a _____ ;
- ☐ **7.** di essere iscritto/a nel (indicare l'albo o l'elenco in cui si è iscritto/a) _____
e di appartenere al seguente ordine professionale _____ ;
- ☐ **8.** di possedere la seguente qualifica professionale _____ ;
- ☐ **9. sullo stato di famiglia risultano le seguenti persone:**

Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Grado di parentela	Cittadinanza
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

- ☐ **10.** di essere in possesso del seguente codice fiscale _____;
- ☐ **11.** di essere in stato di disoccupazione e di essere iscritto/a nelle liste del Centro Mediazione di Lavoro a _____ per il periodo dal _____ al _____;
- ☐ **12.** di essere pensionato/a dal _____ (categoria di pensione): _____;
- ☐ **13.** di frequentare nell'anno scolastico _____ la scuola _____;
- ☐ **14.** di essere immatricolato/a nell'anno _____ presso l'Università di _____
_____ facoltà _____
con la durata legale del corso di _____ anni;
- ☐ **15.** di vivere a carico di _____ nato/a il _____;
- ☐ **16.** che (cognome e nome) _____ nato/a il _____
che (cognome e nome) _____ nato/a il _____
che (cognome e nome) _____ nato/a il _____
che (cognome e nome) _____ nato/a il _____
che (cognome e nome) _____ nato/a il _____
che (cognome e nome) _____ nato/a il _____
è/sono a carico del/della sottoscritto/a.
- ☐ **17.** di essere in qualità di legale rappresentante di persone fisiche o giuridiche, di tutore, di curatore e simili per la persona _____;

La raccolta, il trattamento e la conservazione dei dati avvengono nel rispetto del Regolamento UE n. 679 del 27 aprile 2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati) e il Dlgs n. 196/2003 così come modificato dal Dlgs. 101/2018. Il titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige (<https://www.asdaa.it/it/privacy>).

Luogo e data _____

firma leggibile del/della 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.

Bozen | W. A. Loew Cadonnaplatz 12 | Tel. 0471 439 122 | sprengel.bozen@sabes.it
Meran | Romstr. 3 | Tel. 0473 496 706 | sprengel.meran@sabes.it
Brixen | Domplatz 12/A | Tel. 0472 813640 | sprengel.brixen@sabes.it
Bruneck | Paternsteig 3 | Tel. 0474 586 506 | sprengel.bruneck@sabes.it
<http://www.sabes.it>
 Firmenbezeichnung: Südtiroler Sanitätsbetrieb
 St.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

Bolzano | P.zza W. A. Loew Cadonna, 12 | tel. 0471 439 122 | distretto.bolzano@sabes.it
Merano | Via Roma, 3 | tel. 0473 496706 | distretto.merano@sabes.it
Bressanone | P.zza Duomo 12/A | tel. 0472 813640 | distretto.bressanone@sabes.it
Brunico | Vicolo dei Frati, 3 | tel. 0474 586 506 | distretto.brunico@sabes.it
<http://www.asdaa.it>
 Ragione soc.: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
 Cod. fisc./P. IVA 00773750211