

(Allegato B)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(artt. 19 e 47 del D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____
 _____ il _____ e residente in _____
 _____ alla Via _____
 _____ n. _____, consapevole delle sanzioni
 penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del
 DPR n. 445/2000,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità di **essere iscritto/a:**

[illegible]

Il/la sottoscritto/a autorizza, ai sensi del D.Lgs. 196 del 30.06.2003 e successive modifiche ed integrazioni, l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza al trattamento dei dati personali forniti con la presente dichiarazione.

Data

Firma del Sottoscrittore

(Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000, la firma deve essere apposta in presenza del personale addetto o, in alternativa, può essere allegata alla dichiarazione fotocopia di un documento d'identità del sottoscrittore in corso di validità).