

Azienda sanitaria locale

ANNO _____ PREVISTE AI SENSI DEL D.LGS /20.....
(artt. 46-47 DPR n. 445/2000 e s.m.i.)

DICHIARA, sotto la propria responsabilità:

IN FEDE

(firma del titolare/legale rappresentante e timbro leggibile)

Data,

Privacy: autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e del GDPR 679/2016 per gli adempimenti correlati alla procedura in oggetto.

IN FEDE

(firma del titolare/legale rappresentante e timbro leggibile)

☐ Si allega copia fotostatica di valido documento di identità (art. 35 del DPR 445/2000 e s.m.i.)

Esente da bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.