



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE
Azienda Sanitaria Locale 3
c.so Svizzera, 164 - 10149 TORINO - Telef. 011/4393111
Codice Fiscale 03127980013

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

esente da bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000

Il/La Sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ (luogo) _____ (prov.) () il _____ (data)
- di essere residente a _____ (luogo) _____ (prov.) () in _____ (indirizzo)
- di _____

dichiara inoltre di:
essere consapevole delle sanzioni penali, previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000;
essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la dichiarazione viene resa (art. 13 D.lgs 196/2003)

LUOGO e DATA

FIRMA DEL DICHIARANTE

* (per esteso e leggibile)

*La presente dichiarazione non necessita di autenticazione della firma e sostituisce le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione e ai gestori di pubblici servizi.