AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

La/Il sottoscritta/o _____

nata/o il _____ / _____ / _____ a _____ (_____)

residente a _____ (_____) in via _____ n. ___

Documento Identità: _____ _____ valido fino al: ____ / ____ / _____
tipo numero

Codice Fiscale: _____ telefono: _____

- **consapevole** delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., dall'art. 483 del Codice Penale ed, altresì, della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,
- **consapevole**, inoltre, che l'Amministrazione è tenuta ad effettuare idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.,

DICHIARA DI ESSERE AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO DI

_____
cognome e nome

nata/o il _____ / _____ / _____ a _____ (_____)

Codice Fiscale _____

nominato dal Tribunale di _____ con atto del _____/_____/_____

DICHIARA, INOLTRE, CHE L'INCARICO RICEVUTO PREVEDE LA POSSIBILITÀ DI ACCEDERE AUTONOMAMENTE AGLI ATTI SANITARI DEL BENEFICIARIO E A FORNIRNE LE RELATIVE AUTORIZZAZIONI

Dichiara, altresì, di aver preso visione dell'Informativa per il trattamento dei dati personali della ASST, di aver ben compreso che i dati raccolti sono necessari per il procedimento per il quale la dichiarazione viene resa, che saranno trattati esclusivamente in questo ambito e nel rispetto dei diritti di cui al Capo III del GDPR 2016/679 UE.

IL DICHIARANTE

Data _____ / _____ / _____

_____

Le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (art. 38, comma 3, del DPR n. 445/2000 e s.m.i.).