FIDUCIARIO

(art. 4 della Legge n. 219/2017)

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 FIDUCIARIO DI

_____
cognome e nome

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

Codice Fiscale _____

ALLEGA COPIA DELLA DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI TRATTAMENTO (DAT) FIRMATA DAL DISPONENTE

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.).