



Regione Veneto  
Azienda U.L.S.S. n. 22  
Bussolengo

Sede Legale: Via C.A. Dalla Chiesa – 37012 Bussolengo (VR) - Tel. 045/6712300 Fax 045/6712880  
Codice Fiscale e Partita IVA 02576210237

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
(ART. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

**Da presentare al Distretto Sanitario – Ulss n. 22 Bussolengo**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)  
nato a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.)  
residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.) (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

**D I C H I A R A**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Informativa privacy ai sensi del D.LGS n. 196/2003.

I dati forniti saranno trattati con modalità manuali ed informatizzate per le finalità connesse alla dichiarazione. I dati non saranno oggetto di diffusione e comunicazione. Al dichiarante è riconosciuto il diritto di accesso ai dati personali e gli altri diritti di cui all'art. 7 del D.LGS n. 196/2003. Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda ULSS 22 di Bussolengo. Responsabile del trattamento dei dati è il Direttore del Distretto Socio-Sanitario.

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

**IL DICHIARANTE**  
\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

-----