|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**AUTOCERTIFICAZIONE**

Io sottoscritto

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *(Cognome)* | | *(Nome)* | | |
| *Nato il* | *A* | | | *Prov.* |
| *Codice Fiscale* | | | | |
| *Residente a* | | | *Prov.* | *CAP* |
| *Via* | | | | *Numero* |
| *Documento di Identità* | | | *Numero* | |

**CONSAPEVOLE** che Le false dichiarazioni, le falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono punibili dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L’Ospedale di Sassuolo effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla Legge

**DICHIARO DI ESSERE**

⃝ Il genitore ⃝ Il tutore ⃝ l’amministratore di sostegno

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Di *(Cognome)* | | *(Nome)* | |
| *Nato il* | *A* | | *Prov.* |

Sassuolo …………………………………………. Firma del dichiarante

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679**

**Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all’indirizzo** [**https://www.ospedalesassuolo.it/privacy-policy/**](https://www.ospedalesassuolo.it/privacy-policy/)

OSPEDALE DI SASSUOLO S.P.A. *a socio unico*

*Società sottoposta all'attività di direzione e coordinamento da parte dell'Azienda USL di Modena*

Sede legale: Via F. Ruini, 2 41049 Sassuolo (MO) // C.F. e P.I. 02815350364

Tel. 0536 846111 Sito: [www.ospedalesassuolo.it](http://www.ospedalesassuolo.it) PEC: [ospedale@pec.ospedalesassuolo.it](mailto:ospedale@pec.ospedalesassuolo.it)