

AUTOCERTIFICAZIONE DI RESIDENZA
(Art.46-lettera b - D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a in _____

il _____ residente in _____ Via _____ n. _____ tel _____

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di talune delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000),

DICHIARA
DI ESSERE RESIDENTE

in _____ in via /piazza _____ dal _____

Ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003 autorizza la raccolta dei presenti dati per il procedimento in corso:
Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Data _____

Firma del /la Dichiarante

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DEL GRADO DI PARENTELA
(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____ n. _____
codice fiscale _____,

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. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto in taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARA

di essere legato/a all/alla signor/sig.ra _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____ n. _____
codice fiscale _____,
dal seguente legame di parentela: _____ (1)

Luogo e data

IL/LA DICHIARANTE

.....
(firma per esteso e leggibile)

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. Può essere firmata in presenza del funzionario o inviata, dopo la sottoscrizione, per posta, fax, o telematicamente (occorre la firma digitale), allegando fotocopia non autenticata del proprio documento di riconoscimento.

Informativa ai sensi del D.Lgs n. 196/2003

I dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento, per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(1) Grado di Parentela :

a - padre e madre, figlio o figlia

b - nonno e nonna, fratello o sorella, nipote (figlio del figlio o della figlia)

c - bisnonno o bisnonna, pronipote (figlia o figlio del nipote), nipote, (figlia o figlio del fratello o della sorella), zio e zia (fratello o sorella del padre o della madre)

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art. 2 legge 4 gennaio 1968, n. 15 come modificato dall'art. 3, comma 10,
Legge 15.05.1997, n. 127 del D.P.R. 20.10.1998, n. 403 e success. modifiche e integrazioni)

Il/la Sottoscritto/a _____

codice fiscale: _____

nato/a a _____ (____) il ____/____/____.

residente a _____ (____) in _____ n° _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

_____ , li _____

* La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato.

Cosa si deve autocertificare:

- ☐ *Esistenza in vita del beneficiario*
- ☐ *decesso del beneficiario;*
- ☐ *la perdita dei requisiti di accesso;*
- ☐ *ricovero continuativo in hospice o altra tipologia di struttura residenziale a totale carico del SSR, o in strutture residenziali sociosanitarie."*

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il/La sottoscritto/a, autorizzo al trattamento delle informazioni e dei dati forniti nella domanda finalizzata all'erogazione del contributo regionale DGR n.586 del 06/08/2020, ai sensi e per effetti della L.675/96 e del D.lgs 196/2003.

Li.....

Firma

.....

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

PERMANGONO PER IL BENEFICIARIO I REQUISITI DI ACCESSO AI BENIFICI RICHIESTI
E GIA' A SUO TEMPO AUTOCERTIFICATI

IL BENEFICIARIO PERSISTE IN VITA

✓ IL BENEFICIARIO NON E' ATTUALMENTE IN RICOVERO CONTINUATIVO IN HOSPICE O IN ALTRA TIPOLOGIA DI STRUTTURA RESIDENZIALE A TOTALE CARICO DEL SSR O IN STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIOSANITARIE.

Il Dichiarante dà atto altresì, con la sottoscrizione della presente domanda, di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati i controlli ai sensi dell'art. 71 DPR 445/2000.
Fermo restando quanto previsto dall'art. 26 della L. 15/68, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il beneficiario decade dai benefici conseguiti sulla base della dichiarazione non veritiera.
Autorizza l'Azienda ASL al trattamento dei dati sensibili sopra riportati.

INFORMAZIONE PRIVACY - Reg. UE 679/2016
Il Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento dei dati personali è la ASL di Latina, con sede in Via P. Nervi Torre 2
Girasoli - 04100 Latina Tel: 0773/6553901, Fax: 0773/6553919, e-mail:
direzione generale@ausl.latina.it. L'informativa privacy completa per gli utenti/pazienti, resa ai
sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 (GDPR), è disponibile sul sito dell'Ente,
nella sezione dedicata alla privacy, all'indirizzo: <https://www.ausl.latina.it>.

NB: il contributo economico se riconosciuto dovrà essere accreditato presso il conto corrente di cui si riporta di seguito
il relativo IBAN (27 caratteri)

_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____

11. _____

Firma