



SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE DI AREA SANITARIA

Modulo C

Dipartimento di Medicina
Scuole di Specializzazione di area sanitaria
Via Colugna, 50 - 33100 Udine

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)**

La sottoscritta _____, nat_ a _____
il _____ residente a _____ via/piazza
_____ n.____, consapevole delle sanzioni penali previste per il
caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445,

DICHIARA

che il giorno _____, nel Comune di _____ è nat_ il/la propri_ figli_
di nome _____ cognome _____ e a cui è stato attribuito il
seguente Codice Fiscale _____.

Informativa ex art. 13 – 14 Regolamento europeo 2016/679 in materia di protezione dei dati

Dichiaro di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 – 14 Regolamento europeo 2016/679 in materia di protezione dei dati che i dati personali raccolti saranno trattati e potranno essere comunicati ai soggetti previsti per legge, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che anche su di essi è possibile esercitare il diritto di accesso ai sensi dell'art. 15 del regolamento UE n. 679/2016.

(Luogo e data)

FATTO, LETTO E SOTTOSCRITTO

(firma per esteso del dichiarante)

Esente da imposta di bollo ai sensi art. 37 D.P.R. 445 del 28.12.2000 e 14 tab. B DPR 642/72.

Ai sensi del comma 1 art.75 DPR 445/00 qualora dal controllo effettuato risulti la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti il provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.