

Distretto Sanitario H1
UOD Cure Primarie _ Frascati

DOMANDA GENERICA

.../... sottoscritt..... nat... a
Il, residente in via n.c.
domiciliato dal .../.../..... in (...) via n.
riconosciuto tramite documento di identità
rilasciato da in data / /,
con scadenza / /, ai sensi dell'art. 47 del DPR 28.12.2000, n. 445, consapevole delle
sanzioni penali cui può andare incontro per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e che ciò può
comportare la decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non
veritiere, così come previsto dall'art. 75 e 76 del predetto decreto

CHIEDE

Dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

..... Li,

IL FUNZIONARIO COMPETENTE

IL DICHIARANTE

.....

.....