

SPETTABILE
UFFICIO RAPPORTI INTERNAZIONALI
ASL N.5 DISTRETTO GHILARZA - BOSA

09074

GHILARZA(OR)

**Dichiarazione sostitutiva DI CERTIFICAZIONE/ATTO NOTORIO art. 46-47
(D.P.R. n.445 del 28/12/2000)**

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

_____ nato/a il ___/___/_____ a _____

residente in _____ Via _____

tel _____ e-mail: _____@_____

DICHIARA

ai sensi dell' articolo 46 - 47 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000, e successive modifiche, consapevole della responsabilità penale per false dichiarazioni, forma di atti falsi o uso degli stessi ai sensi dell' articolo 76 dello stesso decreto)

() di essere assicurato presso la seguente cassa malattia estera _____

() di essere titolare di pensione percepita dallo Stato _____ dal ___/___/_____

() di essere titolare di pensione **contributiva** Italiana dal ___/___/_____

() I.N.P.S. () I.N.P.D.A.P () _____

() di non percepire alcuna pensione Italiana o estera.

data _____

Firma _____

Sottoscrizione dell' istanza da parte dell' interessato.

può essere sottoscritta in presenza del dipendente addetto, sottoscritta ed inviata unitamente ad una fotocopia di un documento d' identità valido del sottoscrittore.

Possano essere inviate via fax o telematica(in questo caso sono valide se sottoscritte con firma digitale ovvero quando identificato dal sistema informatico con uso di carta d'identità elettronica)

Informativa ai sensi della Legge sulla tutela dei dati personali legge 675/96 ovvero(D.Lgs 196/2003)

I dati forniti dall' utente verranno trattati dall' amministrazione, (in forma digitale e cartacea) nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto della legge n.675/96 e successive modificazioni.

All' utente competono i diritti previsti dall' art.13 della legge n.675/96,(art.7 del D.Lgs n196/2003) in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l' integrazione e ricorrendo i presupposti previsti in materia la cancellazione ed il blocco degli stessi.