



Tel. 0342 521190

email: urp@asst-val.it

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
IN QUALITÀ DI LEGALE RAPPRESENTANTE DI MINORE**
(art. 46 – lettera u - D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n° _____

Tel. (obbligatorio) _____ indirizzo mail _____

in qualità di: Genitore Tutore Soggetto che esercita legalmente la potestà

documento di identità n° _____ rilasciato il ____/____/____

documento di identità n° _____ rilasciato il ____/____/____

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. 76 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

di essere il **Legale Rappresentante** del minore _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n° _____

Data _____

FIRMA DEL DICHIARANTE (per esteso e leggibile) _____

FIRMA DEL DICHIARANTE (per esteso e leggibile) _____

Informativa privacy breve ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o giudiziari) comunicati all'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Valtellina e Alto Lario saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali e/o secondo disposizioni di legge, nel rispetto delle prescrizioni previste Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Valtellina e Alto Lario con sede in Via Stelvio, 25 - 23100 Sondrio (SO). Il paziente/utente può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 del Regolamento Generale UE/679/2016 sulla protezione dei dati è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'Azienda Socio Sanitaria all'indirizzo www.asst-val.it. I dati di contatto del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dal Titolare è il seguente: dpo@asst-val.it.

Sottoscrizione apposta in presenza del dipendente addetto

Io sottoscritto/a

(cognome, nome e qualifica del pubblico ufficiale che riceve la dichiarazione)

Attesto che la sottoscrizione della presente dichiarazione è stata apposta in mia presenza dal dichiarante

Signor/ra _____ nella qualità di _____

Firma dipendente addetto _____

Sottoscrizione non apposta in presenza del dipendente addetto

Alla presente dichiarazione è stata allegata fotocopia del documento di identità

n.

Rilasciato il _____ da _____