

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
(Art. 46/47 del D.P.R. n. 445/2000)

COMPILARE IN STAMPATELLO

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

di essere:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> minore emancipato | <input type="checkbox"/> amministratore di sostegno debitamente autorizzato |
| <input type="checkbox"/> genitore esercente la responsabilità genitoriale | <input type="checkbox"/> erede legittimario |
| <input type="checkbox"/> tutore | <input type="checkbox"/> erede testamentario |

del Sig./della Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

Data _____

Firma _____

Estremi documento di identità allegato

Informazioni sul trattamento dei dati personali (ai sensi degli articoli 13 e 14 del RGPD 2016/679)

L'ORAS, in qualità di titolare del trattamento tratterà i dati personali raccolti esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale vengono presentati e per finalità di archiviazione nei modi e nei limiti previsti dalla vigente normativa. I dati personali verranno trattati da personale specificamente autorizzato inclusi i soggetti ai quali l'ORAS ha affidato attività di trattamento in qualità di responsabili esterni ai sensi del art 28 del regolamento UE 2016/679, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità. Il conferimento di tali dati è obbligatorio, pertanto l'eventuale rifiuto comporterà l'impossibilità di dare seguito all'istanza presentata. I dati acquisiti nell'ambito della presente procedura saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa e sanitaria e non saranno comunicati a soggetti terzi non autorizzati fatti salvi i casi in cui si renda necessario comunicarli ad altri soggetti coinvolti nei casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione europea. Per far valere i suoi diritti come previsto al CAPO III DEL Regolamento Generale UE 2016/679 in qualsiasi momento può rivolgersi al Responsabile della Protezione dei Dati dell'Ospedale Riabilitativo di Alta Specializzazione S.p.a. Via Padre Leonardo Bello, 3/C 31045 Motta di Livenza tel 0422-287339 e-mail rpd@ospedalemotta.it pec rpd@pec.ospedalemotta.it.