

ALL. A)



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i.)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)  
nato/a a \_\_\_\_\_ (prov\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
(comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato)  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
(comune di residenza) (prov.)  
in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritieri e falsità negli atti,  
richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i.

**DICHIARA**

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
 di essere residente a \_\_\_\_\_  
 di essere cittadino italiano (oppure) \_\_\_\_\_  
 di godere dei diritti civili e politici  
 di essere: celibe/nubile/di stato libero  
 di essere coniugato/a con \_\_\_\_\_  
 di essere vedovo/a di \_\_\_\_\_  
 di essere divorziato/a da \_\_\_\_\_  
 che la famiglia convivente si compone di:  
(cognome e nome) (luogo e data di nascita) (rapporto di parentela)  
1 \_\_\_\_\_  
2 \_\_\_\_\_  
3 \_\_\_\_\_  
4 \_\_\_\_\_  
5 \_\_\_\_\_  
 di essere tuttora vivente  
 che il/la figlio/a è nato/a in data \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
 che il proprio \_\_\_\_\_ (rapporto di parentela) \_\_\_\_\_ (cognome nome)  
nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
è morto in data \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
 di essere iscritto nell'albo o elenco \_\_\_\_\_  
tenuto da pubblica amministrazione \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
 di appartenere all'ordine professionale \_\_\_\_\_  
 titolo di studio posseduto \_\_\_\_\_  
rilasciato dalla scuola/università \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
 esami sostenuti \_\_\_\_\_ presso la scuola/università \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
 qualifica professionale posseduta, titolo di specializzazione, di abilitazione, e di qualificazione  
tecnica: \_\_\_\_\_  
 situazione reddituale o economica anche ai fini della concessione dei benefici di qualsiasi tipo  
previsti da leggi speciali, per l'anno \_\_\_\_\_ è la seguente: \_\_\_\_\_  
 assolvimento di specifici obblighi contributivi con indicazione dell'ammontare corrisposto:  
\_\_\_\_\_  
 possesso e numero del codice fiscale \_\_\_\_\_  
 partita IVA e qualsiasi dato presente nell'archivio dell'anagrafe tributaria:  
\_\_\_\_\_

- 
- ( ) stato di disoccupazione
- ( ) qualità di pensionato e categoria di pensione \_\_\_\_\_
- ( ) qualità di studente presso la scuola/università :  
di \_\_\_\_\_
- ( ) qualità di legale rappresentante di persone fisiche giuridiche, di tutore, di curatore e simili: \_\_\_\_\_
- ( ) iscrizione presso associazioni o formazioni sociali di qualsiasi tipo
- ( ) di essere nella seguente posizione agli effetti e adempimenti degli obblighi militari, ivi comprese quelle attestate nel foglio matricolare dello stato di servizio
- ( ) di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa
- ( ) di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali
- ( ) qualità di vivenza a carico di \_\_\_\_\_
- ( ) nei registri dello stato civile del comune di \_\_\_\_\_  
risulta che: \_\_\_\_\_
- ( ) di non trovarsi in stato di liquidazione o di fallimento e di non aver presentato domanda di concordato.

**Barrare la/e voci che riguardano la/e dichiarazione/i da produrre.**

Luogo e data **Il /La** Dichiarante

\_\_\_\_\_ (per esteso e leggibile)

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 196/2003 e s.m.i.**

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Il titolare dei trattamenti è l'Azienda Sanitaria di Avellino nella persona del Direttore Generale pro tempore, domiciliato per la carica presso l'Azienda in via degli Imbimbo 10, 83100 Avellino. In relazione al trattamento dei suddetti dati operati dall'Azienda, l'interessato è titolare dei diritti previsti dall'ex art. 7 del DLG 196/2003. In particolare ha il diritto di conoscere i dati che lo riguardano di chiedere l'aggiornamento, la rettifica o la cancellazione o il blocco dei dati in caso di violazione di legge.



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI FINI DELL'ASSUNZIONE IN  
SERVIZIO/INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI  
(art. 46 e 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s.m.i.)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritieri e falsità negli atti,  
richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i.

**DICHIARA**

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
 di essere residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
in Via \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_  
 di essere domiciliato a \_\_\_\_\_  
 di avere la cittadinanza: \_\_\_\_\_  
 di godere dei diritti politici;  
 di avere/non aver riportato condanne penali e di avere/non avere carichi penali in corso;  
 di appartenere alla seguente categoria di personale disabile:  
\_\_\_\_\_

di possedere il seguente titolo di studio \_\_\_\_\_  
conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

titolo professionale \_\_\_\_\_  
conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
 diploma di specializzazione \_\_\_\_\_  
conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
 altro \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

di essere iscritto all'ordine (albo professionale) \_\_\_\_\_  
(provincia di \_\_\_\_\_)

di aver prestato in precedenza i seguenti servizi alle dipendenze del Servizio Sanitario Nazionale (SI)  
(NO) - compresi gli altri Enti del Comparto e quelli considerati equiparabili -  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_

*Note:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Letto, confermato e sottoscritto  
Luogo e data II / La Dichiarante

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i., la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs n. 196/2003:**

i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo. Il titolare dei trattamenti è l'Azienda Sanitaria di Avellino nella persona del Direttore Generale protempore, domiciliato per la carica presso l'Azienda in via degli Imbimbo 10, 83100 Avellino. In relazione al trattamento dei suddetti dati operati dall'Azienda, l'interessato è titolare dei diritti previsti dall'ex art. 7 del DLG 196 /2003. In particolare ha il diritto di conoscere i dati che lo riguardano di chiedere l'aggiornamento, la rettifica o la cancellazione o il blocco dei dati in caso di violazione di legge.

**IL FUNZIONARIO RICEVENTE DATA**

---



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**  
(art. 47 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e s.m.i.)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)  
nato/a a \_\_\_\_\_ (prov\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
(comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato)  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
(comune di residenza) (prov.)  
in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritieri e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i.

## DICHIARA

**Luogo e data II/La Dichiarante**

(per esteso e leggibile)

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28.12.2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

### **Informativa ai sensi dell'art. 13 D. Lgs n. 196/2003 e s.m.i.:**

i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo. Il titolare dei trattamenti è l'Azienda Sanitaria di Avellino nella persona del Direttore Generale protempore, domiciliato per la carica presso l'Azienda in via degli Imbimbo 10, 83100 Avellino. in relazione al trattamento dei suddetti dati operati dall'Azienda, l'interessato è titolare dei diritti previsti dall'ex art. 7 del DLG 196 /2003. In particolare ha il diritto di conoscere i dati che lo riguardano di chiedere l'aggiornamento, la rettifica o la cancellazione o il blocco dei dati in caso di violazione di legge.

## **IL FUNZIONARIO RICEVENTE DATA**



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
DI CONFORMITA' ALL'ORIGINALE DI COPIA  
(ART. 19 e 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i.)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)  
nato/a a \_\_\_\_\_ (prov\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
(comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato)  
residente a \_\_\_\_\_ (comune di residenza) (prov.)  
in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritieri e falsità negli atti,  
richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i.

**DICHIARA**

di essere a conoscenza del fatto che le allegate copie (barrare ciò che interessa):

- ( n. \_\_\_\_\_ atti/documenti conservati/rilasciati dalla amministrazione pubblica \_\_\_\_\_ sono conformi agli originali;  
( n. \_\_\_\_\_ pubblicazioni \_\_\_\_\_ sono conformi agli originali;  
( del titolo di studio \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ è conforme all'originale;  
( del titolo di servizio \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ è conforme all'originale;  
( n. \_\_\_\_\_ sottoelencati documenti \_\_\_\_\_  
sono conformi agli originali.

Luogo e data Il/La Dichiariante

\_\_\_\_\_  
(per esteso e leggibile)

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i., la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs n. 196/2003:**

i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo. Il titolare dei trattamenti è l'Azienda Sanitaria di Avellino nella persona del Direttore Generale prottempore, domiciliato per la carica presso l'Azienda in via degli Imbimbo 10, 83100 Avellino. In relazione al trattamento dei suddetti dati operati dall'Azienda, l'interessato è titolare dei diritti previsti dall'ex art. 7 del DLG 196 /2003. In particolare ha il diritto di conoscere i dati che lo riguardano di chiedere l'aggiornamento, la rettifica o la cancellazione o il blocco dei dati in caso di violazione di legge.

**IL FUNZIONARIO RICEVENTE DATA**

\_\_\_\_\_

(ALL. E)  


**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
IN CASO DI IMPEDIMENTO ALLA SOTTOSCRIZIONE E ALLA DICHIARAZIONE**  
(articoli 46 e 4, comma 1, del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)  
nato/a a \_\_\_\_\_ (prov\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
(comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato)  
residente a \_\_\_\_\_ (comune di residenza) (prov.)  
in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(indirizzo)

valendosi delle disposizioni di cui al D.P.R. 28 dic. 2000, n. 445 e s.m.i., e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R. sopra citato per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1, della normativa sopra indicata, presa visione dell'informativa di cui all'art. 13 del DLG 196/2003 apposta sul retro del presente modulo e valendosi espressamente della disposizione di cui all'art. 4, 1 comma, DPR 445/00 e s.m.i.

DICHIARA, sotto la propria personale responsabilità quanto segue:

Il Funzionario \_\_\_\_\_ attesta che tale dichiarazione è resa ai sensi dell'art. 4 DPR 445/00 e s.m.i. poiché il dichiarante Sig. \_\_\_\_\_ identificato per mezzo del documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ non è in condizioni di sottoscrivere la presente dichiarazione.

Luogo e data,

## IL FUNZIONARIO RICEVENTE DATA

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

#### **Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 196/2003 e s.m.i.**

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

esclusivamente per tale scopo.  
Il titolare dei trattamenti è l'Azienda Sanitaria di Avellino nella persona del Direttore Generale protempore, domiciliato per la carica presso l'Azienda in via degli Imbimbo 10, 83100 Avellino. In relazione al trattamento dei suddetti dati operati dall'Azienda, l'interessato è titolare dei diritti previsti dall'ex art. 7 del DLG 196/2003. In particolare ha il diritto di conoscere i dati che lo riguardano di chiedere l'aggiornamento, la rettifica o la cancellazione o il blocco dei dati in caso di violazione di legge.



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'  
IN CASO DI IMPEDIMENTO ALLA SOTTOSCRIZIONE E ALLA DICHIARAZIONE**  
(articoli 47 e 4, comma 1, del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)  
nato/a a \_\_\_\_\_ (prov\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
(comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato)  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
(comune di residenza) (prov.)  
in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(indirizzo)

valendosi delle disposizioni di cui al D.P.R. 28 dic. 2000, n. 445 e s.m.i., e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R. sopra citato per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1, della normativa sopra indicata, presa visione dell'informativa di cui all'art. 13 del DLG 196/2003 apposta sul retro del presente modulo e valendosi espressamente della disposizione di cui all'art. 4, 1 comma DPR 445/00 e s.m.i.

DICHIARA, sotto la propria personale responsabilità quanto segue:

Il Funzionario \_\_\_\_\_ attesta che tale dichiarazione è resa ai sensi dell'art. 4 DPR 445/00 e s.m.i. poiché il dichiarante Sig. \_\_\_\_\_ identificato per mezzo del documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ non è in condizioni di sottoscrivere la presente dichiarazione.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

## **IL FUNZIONARIO RICEVENTE DATA**

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 196/2003 e s.m.i.**

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Il titolare dei trattamenti è l'Azienda Sanitaria di Avellino nella persona del Direttore Generale protempore, domiciliato per la carica presso l'Azienda in via degli Imbimbo 10, 83100 Avellino. In relazione al trattamento dei suddetti dati operati dall'Azienda, l'interessato è titolare dei diritti previsti dall'ex art. 7 del DLG 196/2003. In particolare ha il diritto di conoscere i dati che lo riguardano di chiedere l'aggiornamento, la rettifica o la cancellazione o il blocco dei dati in caso di violazione di legge.





**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'  
RILASCIATA DAL PROSSIMO CONGIUNTO**

(articoli 47 e 4, comma 2, del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ (prov\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_  
(comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato)

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
(comune di residenza) (prov.)

in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(indirizzo)

identificato per mezzo del documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ in qualità di (coniuge/figlio/altro grado di parentela \_\_\_\_\_)

del Sig. \_\_\_\_\_,

il quale si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni connesse allo stato di salute e

valendosi delle disposizioni di cui al D.P.R. 28 dic. 2000, n. 445 e s.m.i., consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R. sopra citato per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1, della normativa sopra indicata, presa visione dell'informativa di cui all'art. 13 del D. Lgs n. 196/2003 e s.m.i. apposta sul retro del presente modulo e valendosi espressamente della disposizione di cui all'art. 4, 2 comma DPR 445/00 e s.m.i.

**DICHIARA**, sotto la propria personale responsabilità quanto segue:

Luogo e data,  
Firma (coniuge/figlio/parente)

**Spazio riservato all'ufficio da utilizzare in alternativa all'invio della fotocopia del documento di identità o di riconoscimento in corso di validità.**

Certifico apposta in mia presenza la firma del dichiarante

---

il dipendente addetto (timbro e firma)

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 196/2003 e s.m.i.

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Il titolare dei trattamenti è l'Azienda Sanitaria di Avellino nella persona del Direttore Generale protempore, domiciliato per la carica presso l'Azienda in via degli Imbimbo 10, 83100 Avellino. In relazione al trattamento dei suddetti dati operati dall'Azienda, l'interessato è titolare dei diritti previsti dall'ex art. 7 del DLG 196/2003. In particolare ha il diritto di conoscere i dati che lo riguardano di chiedere l'aggiornamento, la rettifica o la cancellazione o il blocco dei dati in caso di violazione di legge.

ALL. I  
REGIONE CALABRIA  
ASL AV  
AZIENDA SANITARIA LOCALE  
AVELLINO

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
RILASCIATA DAL RAPPRESENTANTE LEGALE**  
(articoli 46 e 5 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)  
nato/a a \_\_\_\_\_ (prov\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
(comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato)  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
(comune di residenza) (prov.)  
in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(indirizzo)

soggetto alla POTESA' DEI GENTITORI/TUTELA/CURATELA (cancellare le definizioni che non interessano) valendosi delle disposizioni di cui al D.P.R. 28 dic. 2000, n. 445 e s.m.i., e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R. sopra citato per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1, della normativa sopra indicata, presa visione dell'informativa di cui all'art. 13 del DLG 196/2003 apposta sul retro del presente modulo, in virtù del disposto dell'art. 5 D.P.R. n. 445/00 e s.m.i. DICHIARA, sotto la propria personale responsabilità quanto segue:

Luogo e data e firma , \_\_\_\_\_  
(genitore, tutore, curatore, interessato con assistenza del curatore)

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

### **Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 196/2003 e s.m.i.**

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Il titolare dei trattamenti è l'Azienda Sanitaria di Avellino nella persona del Direttore Generale protempore, domiciliato per la carica presso l'Azienda in via degli Imbimbo 10, 83100 Avellino. In relazione al trattamento dei suddetti dati operati dall'Azienda, l'interessato è titolare dei diritti previsti dall'ex art. 7 del DLG 196/2003. In particolare ha il diritto di conoscere i dati che lo riguardano di chiedere l'aggiornamento, la rettifica o la cancellazione o il blocco dei dati in caso di violazione di legge.

(ALL. L)  


**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
**RILASCIATA DAL RAPPRESENTANTE LAGALE**  
(articoli 47 e 5 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ (cognome, nome) (prov\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
(comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato)

residente a \_\_\_\_\_ (comune di residenza) (prov.) (\_\_\_\_\_)

in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(indirizzo)

soggetto alla POTESTA' DEI GENTITORI/TUTELA/CURATELA (croccettare le parti che non interessano) valendosi delle disposizioni di cui al D.P.R. 28 dic. 2000, n. 445 e s.m.i., e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R. sopra citato per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1, della normativa sopra indicata, presa visione dell'informativa di cui all'art. 13 del DLG 196/2003 apposta sul retro del presente modulo, in virtù del disposto dell'art. 5 D.P.R. n. 445/00 e s.m.i.

**DICHIARA, sotto la propria personale responsabilità quanto segue:**

Luogo data e firma , \_\_\_\_\_  
genitore/tutore/curatore/interessato con assistenza di curatore

**Spazio riservato all'ufficio da utilizzare in alternativa all'invio della fotocopia del documento di identità o di riconoscimento in corso di validità.**

Certifico apposta in mia presenza la firma del dichiarante

il dipendente addetto (timbro e firma)

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 196/2003 e s.m.i.**

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Il titolare dei trattamenti è l'Azienda Sanitaria di Avellino nella persona del Direttore Generale protempore, domiciliato per la carica presso l'Azienda in via degli Imbimbo 10, 83100 Avellino. In relazione al trattamento dei suddetti dati operati dall'Azienda, l'interessato è titolare dei diritti previsti dall'ex art. 7 del DLG 196/2003. In particolare ha il diritto di conoscere i dati che lo riguardano di chiedere l'aggiornamento, la rettifica o la cancellazione o il blocco dei dati in caso di violazione di legge.

MODULO ESENZIONE ALL. M (**faxsimile emendabile**)



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE/ DI ATTO DI NOTORIETA' DEL DIRITTO  
ALL'ESENZIONE DAL PAGAMENTO DELLA QUOTA DI PARTECIPAZIONE ALLA SPESA  
SANITARIA (TICKET)**

(Artt. 46 e 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i.; applicazioni leggi Finanziarie 1995 / 1996 e s.m.i.)

**RIQUADRO A**

In relazione alla richiesta di prenotazione di prestazioni specialistiche relative all'assistito:

\_\_\_\_\_ (Cognome Nome Data di nascita)

**RIQUADRO B**

I/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)  
nato/a a \_\_\_\_\_ (prov\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
(comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
(comune di residenza) (prov.)  
in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(indirizzo)

In qualità di diretto interessato

In qualità di coniuge, di parente in linea retta/collaterale fino al terzo grado \_\_\_\_\_

In qualità di tutore/amministratore di sostegno \_\_\_\_\_

**CONSAPEVOLE :**

CHE AI SENSI DELL' ART. 76 DEL D.P.R 445/2000, IL RILASCIO DI DICHIARAZIONI MENDACI E' PUNITO AI SENSI DEL CODICE PENALE E DALLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA. L'AZIENDA E' TENUTA A VERIFICARE LE DICHIARAZIONI IN MERITO ALLE CONDIZIONI REDDITUALI SOTTORIPORTATE

DELL'ART.1,COMMA 11.DM 11/12/2009, SECONDO CUI OVE I CONTROLLI EVIDENZINO L'INSUSSISTENZA DEL DIRITTO ALL'ESENZIONE PER REDDITO, L'ASL COMUNICA ALL'ASSISTITO L'ELENCO DELLE PRESTAZIONI FRUISTE INDEBITAMENTE IN REGIME DI ESENZIONE PER REDDITO E IL CORRISPONDENTE AMMONTARE DELLA QUOTA DI PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA A CARICO DEL CITTADINO

**DICHIARA**

**che il proprio nucleo familiare è così costituito :**

- 1) nome e cognome \_\_\_\_\_  
codice Fiscale \_\_\_\_\_ relazione parentela
- 2) nome e cognome \_\_\_\_\_  
codice Fiscale \_\_\_\_\_ relazione parentela
- 3) nome e cognome \_\_\_\_\_  
codice Fiscale \_\_\_\_\_ relazione parentela
- 4) nome e cognome \_\_\_\_\_  
codice Fiscale \_\_\_\_\_ relazione parentela
- 5) nome e cognome \_\_\_\_\_  
codice Fiscale \_\_\_\_\_ relazione parentela

**Che il fruitore della prestazione sanitaria di cui alla allegata documentazione è esente dal pagamento del ticket in quanto rientra in una delle seguenti categorie:**

**( ) ESENTE PER ETA' E REDDITO**

Cittadino di età inferiore ai 6 anni o superiore a 65 anni appartenente ad un nucleo familiare con un reddito complessivo lordo, riferito nell'anno precedente, non superiore a 36.151,98 euro.

**( ) TITOLARE DI PENSIONE SOCIALE O ASSEGNO SOCIALE O FAMILIARE A CARICO.**

**Il familiare a carico deve indicare i dati del titolare di pensione sociale:**

cognome / nome

luogo e data di nascita

**( ) TITOLARE DI PENSIONE AL MINIMO O FAMILIARE A CARICO**

Titolari di pensioni al minimo, di età superiore a 60 anni e loro familiari a carico, purché appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo lordo, riferito all'anno precedente, inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro se è presente un coniuge e di altri 516,46 euro per ogni figlio a carico.

**Il familiare a carico deve indicare i dati del titolare di pensione al minimo:**

cognome / nome

luogo e data di nascita

**( ) DISOCCUPATO o FAMILIARE A CARICO o RICHIEDENTE ASILO POLITICO**

è consci che ai fini del riconoscimento del diritto all'esenzione si intende per disoccupato il cittadino che abbia cessato per qualsivoglia motivo (licenziamento, dimissioni, cessazione di un rapporto a tempo determinato) un'attività di lavoro dipendente e che non può considerarsi disoccupato il soggetto che non ha mai svolto attività lavorativa, né il soggetto che abbia cessato un'attività lavorativa autonoma.

Iscritto all'elenco anagrafico del Centro per l'impiego di \_\_\_\_\_

ha lavorato alle dipendenze di ditta/ente: \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo lordo, riferito all'anno precedente, inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro se è presente un coniuge e di altri 516,46 euro per ogni figlio a carico.

**Il familiare a carico deve indicare i dati del disoccupato:**

cognome / nome

luogo e data di nascita

data \_\_\_\_\_ luogo \_\_\_\_\_

Firma

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i., la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 196/2003 e s.m.i.**

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Il titolare dei trattamenti è l'Azienda Sanitaria di Avellino nella persona del Direttore Generale protempore, domiciliato per la carica presso l'Azienda in via degli Imbimbo 10, 83100 Avellino. In relazione al trattamento dei suddetti dati operati dall'Azienda, l'interessato è titolare dei diritti previsti dall'ex art. 7 del DLG 196/2003. In particolare ha il diritto di conoscere i dati che lo riguardano di chiedere l'aggiornamento, la rettifica o la cancellazione o il blocco dei dati in caso di violazione di legge.

**IL FUNZIONARIO RICEVENTE DATA**

#### **INFORMAZIONI UTILI PER LA COMPILAZIONE**

**ATTENZIONE:** per **nucleo familiare** deve intendersi quello rilevante a fini fiscali (e non anagrafici), costituito dal dichiarante, dal coniuge del dichiarante non legalmente ed effettivamente separato e dagli altri familiari per i quali spettano le detrazioni per i carichi di famiglia. Le persone sopra indicate fanno parte del nucleo anche se non sono conviventi con il richiedente. Tutti i familiari, escluso il coniuge, dotati di reddito autonomo sono considerati come non appartenenti al nucleo familiare del richiedente, anche nel caso in cui vi sia convivenza con lo stesso.

Il **reddito complessivo** è da intendersi come la somma di tutti i redditi al lordo degli oneri deducibili, limitatamente ai lavoratori autonomi, al netto dei contributi previdenziali e assistenziali.

Tale reddito è rilevabile dei seguenti modelli:

Mod. CUD Mod. F30 Mod UNICO

#### **SI RENDE NOTO CHE LA VERIDICITÀ DELLE DICHIARAZIONI RESE SARA' OGGETTO DI CONTROLLO DA PARTE DELLE AUTORITA' COMPETENTI**

Nel caso di dubbi o necessità di chiarimenti rispetto alla compilazione dell'autocertificazione è opportuno rivolgersi all'Ufficio Relazioni col Pubblico della Azienda.

Nel caso di dubbi riguardo alla propria situazione reddituale è opportuno rivolgersi all'Agenzia delle Entrate, agli sportelli fiscali dei Patronati, ai CAF e altri soggetti che offrono assistenza.