



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 veritiere 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 II /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 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 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 veritiere 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;

☐ i 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 // 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 veritiere e falsità negli atti,
richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i.

DICHIARA

Luogo e data Il/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 veritiere 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 Dichiarante

(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 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 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.

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 CERTIFICAZIONE
RILASCIATA DAL PROSSIMO CONGIUNTO**
(articoli 46 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 es.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 data e firma, _____

(coniuge, figlio, -----)

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.



**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 POTESTA' 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.



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 _____ (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 (crocettare 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.



**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 FRUITE 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 ETÀ 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 conscio 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. 730 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.