All’ASL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 PEC:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’**

*(Art. 47, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliato per la carica presso la sede legale della società, nella qualità di rappresentante legale della società \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_che gestisce attività sanitaria presso il Presidio sito in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_\_;

consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi,

**D I C H I A R A**

che **i dati inseriti nella presente dichiarazione e nel file Excel allegato** riferiti all’elenco del Personale della società, **sono veri e corretti**, così come previsto dalla nota regionale Prot. 1062088 del 21/12/2021.

**AUTORIZZA**

ai fini del D.Lgs. 196/2003, coordinato con il D.Lgs 101/2018, il trattamento, il trasferimento e la comunicazione dei dati riportati nella presente e nell’allegato, ai fini degli adempimenti previsti dalla L.R. 14/2021, per il trattamento di eventuali dati sensibili.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ (luogo) (data)

 **IL DICHIARANTE**

Allega documento di riconoscimento in corso di validità.