MODULO RICHIESTA DOCUMENTAZIONE 118 BARI - BT

Mod. Rich. Terzi - Eredi - All. 01

Spett.le **AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**
U.O.C. CENTRALE OPERATIVA SOVRAPROVINCIALE 118 BA-BT

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÁ

(art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n°445)

Il / La sottoscritto/a _____

*Nato/a*_____*(Prov.*_____*) il*_____

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 Del D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

Che la composizione familiare anagrafica del/la defunto/a è la seguente :

	cognome e nome	Luogo e data di nascita	Parentela	Annotazioni
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

_____, *lì*_____

Il Dichiarante

_____

I dati personali raccolti con il presente modulo saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la stessa richiesta viene resa. Per esercitare i suoi diritti di cui agli artt.15-22 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Reg. UE 2016/679) potrà rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati presso il Titolare del trattamento (ASL BARI - Lungomare Starita 6, 70123 Bari) - email: dpo@asl.bari.it PEC: protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it). Per maggiori informazioni sul trattamento dei dati personali si rinvia al sito internet istituzionale (https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari) nell'apposita sezione Privacy.