

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONE e di ATTO di NOTORIETÀ
(artt. 46 e 47 DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

Il sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ residente in _____
via _____ n° _____
recapito telefonico _____ codice fiscale _____
indirizzo mail/PEC _____

RICHIEDE

- ☐ per sé
☐ e per i propri familiari appartenenti allo stesso nucleo anagrafico

cognome	nome	codice fiscale
_____	_____	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____
_____	_____	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____
_____	_____	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____
_____	_____	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____

- ☐ **prima iscrizione** temporanea
☐ **rinnovo iscrizione** temporanea

negli elenchi dei medici medicina generale / pediatri di libera scelta della **Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS)** per aver eletto proprio domicilio ⁽¹⁾ in un comune della Provincia Autonoma di Trento

DICHIARA

consapevole delle *sanzioni penali* previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 nel caso di *dichiarazioni non veritiere*, di formazione o uso di atti falsi, e consapevole altresì dell'obbligo di *denuncia all'autorità competente* e della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese (art. 75 del DPR 445/2000)

A) DOMICILIO ⁽¹⁾

Di eleggere il domicilio ☐ **per sé** ☐ **per familiari** nel comune di _____ Provincia (TN)
in via _____ n. _____

⁽¹⁾ art. 43 codice civile

B) ASSISTENZA MEDICO GENERICA SSN ⁽²⁾

- ☐ di essere **iscritto al SSN** ☐ unitamente ai familiari presso la ASL _____ della Regione _____ con scadenza _____;
- ☐ di aver richiesto ☐ **per sé** e ☐ **per i familiari** **la cancellazione dagli elenchi** dei medici di medicina generale / pediatri libera alla ASL di residenza ed a eventuale altra ASL del territorio nazionale ;
- oppure*
- ☐ di autorizzare **APSS a richiedere la revoca** del medico/pediatra alla propria ASL ☐ **per sé** e ☐ **per i familiari**

⁽²⁾ art. 19 L. 833/1978; Circ.Min. 1000.116 del 11/05/1984; Acc. Conf. Stato Regioni e Province autonome n. 1705 - 2003

C) MOTIVAZIONE RICHIESTA ISCRIZIONE TEMPORANEA ⁽³⁾

- di richiedere l'iscrizione temporanea per una permanenza **superiore ai 3 mesi** e fino al _____ (massimo 365 giorni) dettata dal seguente motivo

☐ **Lavoro:**

- ☐ Lav. Dipendente: denominazione ditta _____ con sede nel comune di _____
- ☐ Lav. Autonomo: iscrizione all' Albo _____ n. Rea CCIAA _____ n. P.IVA _____

☐ **Studio:**

- Istituto di iscrizione _____ con sede nel comune di _____

☐ **Salute:**

- allegato certificato medico SSN che qualifica l'esigenza di domiciliare in Provincia per motivi di salute;

☐ **Altro:**

- per altra casistica espressamente prevista da disposizioni nazionali - provinciali (es. affidamento familiare, ...)

(specificare)

- di essere consapevole che l'Azienda provinciale per i servizi sanitari può attivare verifiche con il comune di residenza finalizzate ad accertare la dimora abituale / residenza anagrafica dichiarata.

⁽³⁾ D.P.R. n. 223 del 30/05/1989 e smi; Circ.Min. 1000.116 del 11/05/1984; Acc. Conf. Stato Regioni e Province autonome n. 1705 - 2003

SI IMPEGNA

A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE all'Ufficio al quale viene rilasciata la presente autodichiarazione OGNI SUCCESSIVA VARIAZIONE rispetto alle condizioni dichiarate.

DICHIARA

di aver preso visione dell' INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679).

Luogo _____

Data _____

Il Dichiarante

Spazio da completare a cura dell'Ufficio Anagrafe Sanitaria

La presente dichiarazione è stata ai sensi del DPR 445/2000*:

sottoscritta, previa identificazione del richiedente, in presenza del dipendente addetto

sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore

sottoscritta dal Signore/a _____ nato/a a _____ il _____

quale _____ dell'interessato.

Luogo _____

Data _____

Firma del dipendente addetto

Timbro dell'Ufficio

*** Informazioni ai sensi del DPR 445/2000 – “Disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa”**

La dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta dal pubblico ufficiale previo accertamento dell'identità del dichiarante. Il pubblico ufficiale attesta che la dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato in presenza di un **impedimento a sottoscrivere**. La dichiarazione nell'interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, è sostituita dalla dichiarazione, contenente espressa indicazione dell'esistenza di un impedimento, resa dal coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante. (Art. 4). Se l'interessato è soggetto alla **potestà dei genitori, a tutela, o a curatela**, le dichiarazioni e i documenti previsti dal presente testo unico sono sottoscritti rispettivamente dal genitore esercente la potestà dei genitori, dal tutore, o dall'interessato stesso con l'assistenza del curatore. Se l'interessato è minore firma uno dei genitori o chi ha la potestà genitoriale (art. 5). Qualora la presente istanza **non venisse firmata dall'interessato in presenza del dipendente addetto** a ricevere la documentazione perché inviata tramite servizio postale o con altra modalità, deve essere presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (art. 38). La presente istanza contiene dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà (art. 46 e 47) ed è soggetta alle **pene previste dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni** (art. 76). L'Amministrazione si riserva di **controllare la veridicità e completezza delle dichiarazioni** rese (art.71).

INFORMATIVA ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679

1. I dati personali forniti nell'ambito della presente domanda verranno trattati esclusivamente per le seguenti finalità: esecuzione di un compito di interesse pubblico di cui è investita APSS ed in particolare per l'erogazione delle prestazioni previste dalla normativa nazionale (d.p.c.m. 12 gennaio 2017) e provinciale (deliberazioni Giunta Provinciale) in materia di livelli essenziali di assistenza.
2. Il conferimento dei dati personali è obbligatorio per dar corso al procedimento di cui alla presente domanda e per tutte le attività connesse (quali, ad esempio, attività di controllo e consultive). Il rifiuto al conferimento dei dati comporterà l'impossibilità di dar corso alla presente domanda e di espletarne il relativo procedimento.
3. I dati personali saranno comunicati all'Istituto Bancario da Lei eventualmente indicato nella presente domanda ai fini del pagamento/rimborso e ad altri soggetti pubblici come previsto dal regolamento Provinciale per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari. Ai fini del controllo della veridicità delle dichiarazioni sostitutive contenute nella domanda, i dati personali potranno essere comunicati inoltre ad altri soggetti pubblici.
4. L'Azienda, oltre ai dati forniti con la presente domanda, può raccogliere per le finalità sopra indicate dati personali comuni presso i registri anagrafici comunali ed i CAF.
5. Il trattamento sarà effettuato con modalità cartacee e con strumenti informatici/elettronici con logiche atte a garantire la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei dati stessi. I dati saranno trattati, esclusivamente per le finalità sopracitate, da personale dipendente e, in particolare, da Preposti al trattamento dei dati personali (Dirigenti), appositamente nominati, nonché da Addetti al trattamento dei dati, specificamente autorizzati ed istruiti. Sempre per le finalità indicate, i dati potranno essere trattati da soggetti che svolgono attività strumentali per APSS, che prestano adeguate garanzie circa la protezione dei dati personali e nominati Responsabili del trattamento, ai sensi del Regolamento UE 2016/679.
6. È esclusa l'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione.
7. I dati personali saranno conservati secondo quanto previsto dal manuale di gestione degli archivi "Prontuario di conservazione dei documenti e dei fascicoli" disponibile nel sito dell'Azienda al seguente indirizzo web: www.apss.tn.it/direttive-aziendali.
8. I dati personali non saranno trasferiti fuori dell'Unione Europea.
9. Il titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari con sede in via Degasperi n. 79 a Trento a cui l'interessato potrà rivolgersi per far valere, nei casi previsti, i diritti di cui al Capo III del Regolamento, tramite l'ufficio URP sito a Palazzo Stella in Via Degasperi, n. 77 – 38123 Trento – tel. 0461/904172 urp@apss.tn.it.
10. Preposto al trattamento dei dati personali è il Dirigente del Servizio amministrazione territoriale.
11. L'interessato per le questioni relative al trattamento dei propri dati personali può rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati (RPD) i cui dati di contatto sono i seguenti: Via Degasperi, 79 – 38123 Trento, e-mail ResponsabileProtezioneDati@apss.tn.it
12. L'interessato ha diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali in caso di illecito trattamento o di ritardo nella risposta del Titolare a una richiesta che rientri nei diritti dell'interessato.