



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE PIEMONTE

Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"

Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 n. 94

Cod. fiscale/P.I. 11632570013

Sede legale: Via San Secondo, 29 – 10128 Torino

☎ 011/5661566 ☎ 011/4393111

## **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**(Art. 46 del D.P.R. n. 445/2000)**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ num. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste dall'Art. 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

### **DICHIARO DI ESSERE**

☐ **genitore esercente la responsabilità genitoriale sul minore** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in \_\_\_\_\_

☐ **tutore/curatore di persona interdetta o inabilitata** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
nominato con decreto del giudice tutelare del Tribunale di \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

☐ **tutore/curatore del minore** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
nominato con decreto del giudice tutelare del Tribunale di \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

☐ **amministratore di sostegno di** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

nominato con decreto del giudice tutelare del Tribunale di \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**Informazioni in merito al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)**

Il sottoscritto è consapevole che i dati personali conferiti nella presente dichiarazione sono oggetto di trattamento informatico e/o manuale e potranno essere utilizzati esclusivamente per gli adempimenti di legge connessi al procedimento di accesso avviato con l'istanza, di cui la presente dichiarazione è parte integrante. I dati saranno trattati dall'ASL Città di Torino, in qualità di Titolare del trattamento, nel rispetto delle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679 con le modalità previste nell'informativa completa allegata al modello di istanza e a cui si rimanda.

Data e luogo \_\_\_\_\_ Firma del Dichiarante \_\_\_\_\_

(\*) Per l'ipotesi di curatela è necessaria anche la firma dell'interessato

Data e luogo \_\_\_\_\_ Firma del Dichiarante \_\_\_\_\_

Deve essere allegata alla presente dichiarazione fotocopia del documento di identità del dichiarante. Il documento non va trasmesso se la richiesta è sottoscritta con firma digitale o con firma elettronica qualificata o avanzata o se inoltrato dal domicilio digitale PEC.