PUBBLICO CONCORSO, PER TITOLI ED ESAMI, A N. 2 POSTI DI ASSISTENTE AMMINISTRATIVO – AREA DEGLI ASSISTENTI – RUOLO AMMINISTRATIVO – PROVA PRATICA N.2 - selezione del 26 SETTEMBRE 2023

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna	**MODULO**	**MR**
Area Dipartimentale Piattaforme Amministrative	**Comunicazione** F **sostitutiva di atto di notorietà per richiesta copia cartella clinica o altra documentazione sanitaria di defunto** **(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)** V	**del 01.12.2017** **Pag. 1/1**

Il/la sottoscritto/a XXXXXXXXX nato/a a XXXXX il XXXXXXXXXX residente a XXXXXXX in Via XXXXXXX N. XXXXXXXX

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 V, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia; consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione e consapevole altresì che ove i suddetti reati siano commessi per ottenere la nomina a un pubblico ufficio, possono comportare, nei casi più gravi, la decurtazione stipendiale per 6 mesi F, sotto la propria responsabilità

DICHIARA V

in relazione all'accesso civico F presentato, di essere

☐ *erede legittimo** xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

☐ *erede testamentario* xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

☐ *persona in unione civile* xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

☐ *convivente* xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

I dati saranno trattati dall'Azienda, anche con strumenti informatici, per gli adempimenti previsti da Leggi e Regolamenti. Il/la sottoscritto/a ne autorizza il trattamento, compreso quello dei dati sensibili, nel rispetto del Decreto Legislativo 30.06.2003 n. 196 e del GDPR 2016 679. V

....

Firma del coniuge F

.....

Ai sensi dell'art. 36, D.Lgs 165/2001 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero spedita per posta; consegnata a terzi o inviata per fax , per e-mail unitamente a fotocopia di documento di riconoscimento fronte-retro del sottoscrittore. V

(qualifica, cognome, nome del Direttore Amministrativo che riceve la documentazione) F

(*) Indicare la relazione di parentela e/o la qualità di erede (coniuge, figlio, in mancanza dei predetti, ascendente legittimo o altro).