

Dichiarazione sostitutiva di atto notorio

ai fini dell'esenzione dal pagamento del contributo per la digitalizzazione delle procedure di diagnostica per immagini

Il sottoscritto.....
nato il a (.....)
residente a (.....)
in via/piazza n.

ai sensi dell'art.47 del Decreto del Presidente della Repubblica 445/2000, consapevole della responsabilità penale per le false dichiarazioni, la falsità negli atti o l'uso di atti falsi ai sensi dell'art.76 dello stesso decreto, nonché della revoca del beneficio qualora dai controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto di alcune delle dichiarazioni rese,

DICHIARA

ai fini della fruizione dei benefici previsti dalla Deliberazione GRT n.1001/2012, che

(compilare solo se si tratta di persona diversa dal dichiarante)

il beneficiario della prestazione:

Cognome Nome
nato il a (.....)
residente a (.....)
in via/piazza n.

nell'anno (dal 1 gennaio al 31 dicembre) ha corrisposto **n.3 contributi per la digitalizzazione delle procedure di diagnostica per immagini**, pari a un importo complessivo di €30,00, versati presso la/e seguente/i Aziende Sanitarie della Toscana:

ASL..... ASL..... ASL

Luogo e data

Firma leggibile

(nel caso di firma apposta da un familiare indicare il grado di parentela)

.....

Informativa ai sensi del Decreto Legislativo n.196/2003

I dati forniti dall'utente verranno trattati dall'Amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e, comunque, nel rispetto della suddetta legge. All'utente competono i diritti previsti dall'art.13 del D.Lgs. 196/2003, in particolare il diritto di accedere ai propri dati chiedendo la correzione, l'integrazione, e, ricorrendone i presupposti, la cancellazione e il blocco degli stessi