

**Modulo 4**

ISCRIZIONE TEMPORANEA NON RESIDENTI NEI COMUNI AFFERENTI AL DISTRETTO DI TIVOLI

# \_l\_ sottoscritt\_

*nome cognome*

*luogo e data di nascita nazione*

# Residente in:

 *città via e n. civico CAP*

# Documento di riconoscimento n. rilasciato da il

consapevole che l’articolo 75 del D.P.R. 445 del 2000 punisce la non veridicità delle dichiarazioni rese con la decadenza dai benefici goduti e che in base all’articolo 76 del medesimo decreto 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

# DICHIARA

# di essere temporaneamente domiciliato nel comune di \_\_\_\_\_

# Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

lavoratore pubblico/privato presso Via/piazza n. lavoratore autonomo

Iscrizione albo professionale n. Iscrizione cassa artigianale e commercianti

Ditta individuale

Partita IVA Tipo attività

familiare a carico di lavoratore pubblico/ privato presso Via/piazza militare di carriera/familiare di militare di carriera presso Via/piazza studente presso la scuola/università facoltà di religioso presso Via/piazza ricoverato presso l’istituto di cura

Via/piazza anziano (> 65 anni)/disabile che necessita di assistenza da parte dei familiari in comune diverso da quello di residenza per motivi di salute (si allega certificazione del medico curante)

agli arresti domiciliari con provvedimento del Tribunale di N. Prot. del

altro (indicare):


#

che i familiari a carico sono:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome e Nome | Data Nascita | Luogo Nascita | Rapporto di parentela |
| 1**.** |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |

**CHIEDE**

per sé stesso e per i familiari a carico di essere inserito negli elenchi dei non residenti temporaneamente iscritti a

codesta ASL, per un periodo di mesi (3- 12 mesi), con decorrenza dalla data odierna, impegnandosi a comunicare

tempestivamente ogni eventuale variazione di domicilio o il rientro anticipato nel comune di provenienza.

Nome del Medico scelto

Nome del Pediatra scelto Tivoli, li ……………………………..

Il Dichiarante

## Avvertenze

La dichiarazione può essere sottoscritta dall’interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e trasmessa, unitamente a copia non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, via posta, fax o via telematica (nei procedimenti di aggiudicazione di contratti pubblici, la facoltà di formazione e trasmissione di atti, documenti, ecc., con strumenti informatici o telematici è consentita nei limiti stabiliti dal regolamento di cui all'articolo 15, comma 2 della L. n. 59/1997 e s.m.i.). La dichiarazione può essere presentata all’Azienda da un delegato fornito di proprio documento di riconoscimento valido e con regolare delega completa di copia di documento del delegante in corso di validità. È necessaria l’autenticazione della sottoscrizione dell’interessato nel caso in cui l'istanza o la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà venga presentata al fine della riscossione da parte di terzi di benefici economici

## Privacy

I dati forniti saranno utilizzati ai soli fini del procedimento di cui trattasi e, pertanto, il conferimento dei dati richiesti è necessario alla conclusione dello stesso procedimento. Il trattamento sarà effettuato secondo modalità manuali e informatizzate. I dati potranno essere comunicati a Pubbliche Amministrazioni nei casi previsti dalla vigente normativa (es. in caso di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ex art 71. del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.) o ad altri aventi diritto nei casi previsti dalla Legge 241/1990 e s.m.i. e nei casi previsti dalla normativa sull’accesso civico (semplice o generalizzato) di cui all’art. 5 del D. Lgs 33/2013 e s.m.i. I dati sono conservati in una forma che consente l'identificazione dell'interessato per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali essi sono stati raccolti o successivamente trattati. I dati personali possono essere conservati per periodi più lunghi a condizione che siano trattati esclusivamente a fini di archiviazione nel pubblico interesse. Successivamente i dati vengono cancellati fisicamente, logicamente o disattivati (in questo ordine di preferenza) a seconda delle possibilità offerte dal sistema che contiene. Lei, in quanto “interessato”, ha, in ogni momento, la possibilità di esercitare i Suoi diritti (artt. 15-22 del Regolamento Ue n. 679 del 27 aprile 2016.) con richiesta rivolta all’Azienda; i dati di contatto del Responsabile della protezione dei dati (RPD-DPO ) sono: dpo@scudoprivacysrl.com a cui Lei potrà rivolgersi per fare valere i sui diritti. Il titolare del trattamento è l’Azienda Sanitaria Locale Roma 5 con sede in Via di Acquaregna n. 1/15; Pec: protocollo@pec.aslromag.it. In caso di non adeguato o mancato riscontro da parte del Titolare del trattamento , ha, altresì, il diritto di rivolgersi al Garante per la protezione dei dati personali (art. 77 del Regolamento) o alla competente Autorità Giudiziaria (art. 79 del Regolamento).