Asuit
Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino

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 Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino** (ASUIT) 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 assistito ❑ unitamente ai familiari presso la ASL _____ della Regione _____con scadenza _____;

❑ di essere consapevole che l'iscrizione temporanea comporta la cancellazione dagli elenchi dei medici di medicina generale/ pediatri di libera scelta della ASL di residenza e di eventuali altre ASL sul territorio nazionale.

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

C) MOTIVAZIONE RICHIESTA ISCRIZIONE TEMPORANEA [3]

- di richiedere l'iscrizione temporanea per una permanenza **superiore ai 3 mesi** dettata **dal seguente motivo**

❑ **Lavoro con sede in Provincia Autonoma di Trento:**

- ❑ Lav. Dipendente: denominazione ditta_____ con sede nel comune di _____

  ❑ Lav. Autonomo: iscrizione all' Albo _____ n. Rea CCIAA _____ n. P.IVA_____

❑ **Studio in Provincia Autonoma di Trento:**

- 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 ASUIT p**uò 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:
sottoscritta 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

Avvertenze

L'Amministrazione si riserva di controllare la veridicità e completezza delle dichiarazioni rese ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000. Qualora il modulo non sia presentato direttamente ai nostri sportelli, potrà essere inviato via posta, fax o all'indirizzo aziendale di posta elettronica certificata, purché debitamente sottoscritto e accompagnato da copia, non autenticata, di un documento di identità dell'interessato (o del tutore o curatore dello stesso). L'Amministrazione si riserva inoltre di attivare verifiche con il comune di residenza finalizzate ad accertare la dimora abituale / residenza anagrafica dichiarata per i richiedenti non appartenenti alle categorie espressamente previste dalle disposizioni nazionali - provinciali.

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 Asuit ed in particolare per l'erogazione delle prestazioni previste dalla normativa nazionale (dpcm 12 gennaio 2017) e provinciale (deliberazioni Giunta Provinciale) in materia di livelli essenziali ed aggiuntivi 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 sopraccitate, 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 Asuit, 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.asuit.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 sanitaria universitaria integrata del Trentino 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@asuit.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@asuit.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.
13. con la firma apposta in calce alla domanda si attesta di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali ai sensi del regolamento UE 2016/679.

DATA **FIRMA**

_____ _____

*Informazioni ai sensi del DPR 445/00

Se l'interessato è minore firma uno dei genitori o chi ha la potestà genitoriale (art. 5). Se l'interessato è interdetto/inabilitato firma il tutore/curatore (art. 5). Nel caso in cui l'interessato si trovi temporaneamente impedito a causa del suo stato di salute può firmare il coniuge o, in sua assenza, i figli o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado (art. 4). 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 del DPR 445/2000). Si rende noto che l'istanza contiene dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà, rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/00 ed è quindi soggetta alle pene previste dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000

Ai sensi dell'articolo 38 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la presente dichiarazione è stata:

- 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.

(timbro dell'ufficio e firma del dipendente addetto)