Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Pavia

Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) di Pavia
Sede Legale: Viale Repubblica, 34 - 27100 PAVIA
Codice Fiscale/Partita I.V.A. n. 02613080189
sito internet: www.asst-pavia.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(art. 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Provincia _____ il _____

residente in _____

Comune _____Provincia _____Tel._____

Indirizzo di Posta Elettronica: _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, previste e richiamate dal D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445,

Estremi identificativi del Conto Corrente:

Banca / Ufficio Postale: …….....

Sede / Agenzia: .....

Nominativo dell'intestatario/a: …….....

Codice IBAN: /
(27 caratteri)

C O M U N I C A

altresì i dati anagrafici, il Codice Fiscale e la carica della persona delegata ad operare sul conto medesimo.

Delegato ad operare sul Conto Corrente:

Nome …….....……Cognome…….....…….

Titolo (grado di parentela, Amm. Sostegno, Tutore, Curatore, ecc.)…….....…

Nato a …….....……..il……Codice Fiscale.....

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. n. 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____ _____
(luogo, data) *(firma)*

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000; la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante in corso di validità oppure a mezzo posta, via telefax o tramite un incaricato.