

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(AUTOCERTIFICAZIONE)**

Art. 46 DPR 28/12/2000 N. 445

Il/La sottoscritto/a _____ codice fiscale _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA'

- Di essere nato/a a _____ (_____) il _____
- Di essere residente a _____ (_____) via _____

che il figlio _____
(cognome – nome)

è nato il _____ a _____

Padre _____

Madre _____

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre:

- **di essere a conoscenza, e pertanto pienamente consapevole, che in caso di false dichiarazioni verranno applicate le sanzioni penali previste dagli artt.:483, 495 e 496 del Codice Penale e che ne conseguirà la decadenza dall'ammissione alla prestazione del Fondo Sanitario ottenuta sulla base della dichiarazione non veritiera. Saranno inoltre applicabili le sanzioni previste dagli artt.7 e 12 dello Statuto del Fondo Sanitario;**
- di autorizzare il Fondo Sanitario al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione, trattamento che a norma del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) potrà avvenire solo per i fini propri del Fondo stesso e nei limiti di legge;
- di autorizzare il Fondo Sanitario, destinatario della presente autocertificazione, a verificare i dati in essa contenuti rivolgendosi alle Amministrazioni competenti;
- di essere stato autorizzato, laddove necessario, a fornire i dati personali di terzi, sopra riportati.

Letto, confermato e sottoscritto

(Luogo) _____ (data) _____

IL/LA DICHIARANTE _____