



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 consegirà 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 \_\_\_\_\_