

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto _____ nato a _____

Il _____ residente a _____ Via _____

_____ codice fiscale _____

documento _____ n° _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R., sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che lo/la stessa/o in data _____ si è recato/a presso (denominazione struttura pubblica) _____ in _____

_____ Via/Piazza _____ n° _____

CAP _____

per sottoporsi a visita/ terapia/ prestazione specialistica/ esami diagnostici

dalle ore _____ alle ore _____.

Si allega copia documento di identità.

Luogo e data

Il/La Dichiarante

"Ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016 i dati personali, compresi quelli che necessitano un trattamento particolare, obbligatoriamente conferiti, saranno trattati dall'Università di Pisa con procedure prevalentemente informatizzate, esclusivamente per le finalità e con le modalità descritte nell'informativa pubblicata al seguente link:

<https://start.unipi.it/wp-content/uploads/2023/09/informativa-personale.pdf>"

Luogo e data _____

Firma _____