



ALLEGATO B

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI**  
(art. 46, d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445)

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DELL'ATTO DI NOTORIETÁ**  
(art. 47, d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il sottoscritto .....  
(Cognome e nome)

nato a ..... (Comune) ..... (Prov.), il .....

residente a ..... (Comune) ..... (Prov.) via ..... n. ....

sotto la propria responsabilità e a conoscenza delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000,

**DICHIARA**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Informativa art 13 D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003**

Tutti i dati forniti con la presente dichiarazione saranno trattati dall'ASUR – Area Vasta n. 4 di Fermo per l'istruzione del procedimento amministrativo. Il trattamento dei dati personali avverrà mediante strumenti manuali ed informatici con logiche strettamente correlate alle finalità stesse. Il trattamento è obbligatorio per l'emanazione del provvedimento finale, che non sarà reso possibile da un eventuale rifiuto di rispondere. I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altre pubbliche amministrazioni. Titolare del trattamento è l'ASUR – Area Vasta n. 4 di Fermo – Sede legale: Via Zeppilli n. 18 – 63900 Fermo. Al Titolare del trattamento Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'articolo 7 del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003.

.....  
(luogo e data)

**IL DICHIARANTE**

.....

Ai sensi dell'art. 38 d.p.r. n. 445/2000 la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione in quanto:

- o Inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'Ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta;

OPPURE

- o La dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto.

estremi documento di riconoscimento (o attestazione conoscenza personale) .....

.....  
(firma del dipendente)

**Azienda Sanitaria Unica Regionale**

Sede Legale: Via Oberdan,2 - 60122 Ancona  
C.F. e P.IVA 02175860424

**Area Vasta n. 4**

Sede Amministrativa: Via Zeppilli, 18 – 63900 Fermo - FM  
Tel. 0734.625111 - Fax 0734.6252019

e-mail: [direzione.av4@sanita.marche.it](mailto:direzione.av4@sanita.marche.it) - Pec: [areavasta4.asur@emarche.it](mailto:areavasta4.asur@emarche.it) - [www.asur.marche.it](http://www.asur.marche.it)