

**DISTRETTO SEDE DI**     VERCELLI     SANTIÀ  
 BORGOSIESIA     COGGIOLA     VARALLO     GATTINARA

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI**  
**(ART. 46 DPR 28 DICEMBRE 2000, n. 445)**

Il/la sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_  
domiciliato in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_  
(da compilare solo se diverso dalla residenza) – telefono \_\_\_\_\_  
nella sua qualità di (1.) \_\_\_\_\_ del Signor (2.) \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
mail \_\_\_\_\_

**CONSAPEVOLE CHE NEL CASO DI DICHIARAZIONI FALSE E/O MENDACI  
SONO PREVISTE SANZIONI PENALI  
(artt. 75 e 76 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)**

**DICHIARA (PER SÉ O PER IL PREDETTO)**

1. di essere residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_  
di essere domiciliato in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_  
(da compilare solo se diverso dalla residenza)
2. di essere stato informato dal personale incaricato della possibilità di scegliere la fornitura alla quale ho diritto presso farmacie e negozi sanitari, oppure di aderire al servizio di consegna e gestione a domicilio di prodotti e materiali prescrittими;
3. di essere in possesso della qualifica di invalido civile \_\_\_\_\_%
4. di non essere in possesso della qualifica di invalido civile, ma di aver presentato domanda in data \_\_\_\_\_
5. di scegliere la seguente modalità di fornitura:
  - fornitura diretta al domicilio
  - fornitura tramite negozio autorizzato di propria fiducia \_\_\_\_\_.  
In tale caso, prende atto che la spesa viene autorizzata nei limiti di aggiudicazione della gara e che l'eventuale differenza di prezzo è a proprio carico;
6. di non aver già pagato o dato acconto per la fornitura di cui trattasi in quanto non è previsto rimborso diretto;
7. di aver ricevuto l'ultima autorizzazione di fornitura in data \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. 20.12.2000, n. 445, relativo alla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.

**NOTE:**

- Genitore, tutore o tutore in corso di tutela (indicare gli estremi del provvedimento di nomina a tutore), o parente fino al 3° grado;
- nome, cognome, luogo e data di nascita del minore od interdetto o di colui che è impossibilitato alla firma per ragioni connesse allo stato di salute.

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

**Titolare del trattamento** - Il Titolare del trattamento dei dati personali di cui al presente modulo è l'Azienda Sanitaria Locale di Vercelli, con sede in C.so Mario Abbiate n. 21, 13100, Vercelli (VC), ed è contattabile all'indirizzo e-mail: [ufficio.protocollo@aslvc.piemonte.it](mailto:ufficio.protocollo@aslvc.piemonte.it) ; il Titolare ha nominato un Responsabile della Protezione dei Dati, contattabile all'indirizzo [dpo@aslvc.piemonte.it](mailto:dpo@aslvc.piemonte.it).

**Finalità** - I dati raccolti con il presente modulo sono trattati allo scopo di rendere le prestazioni socio assistenziali richieste; il trattamento dei dati comuni avviene pertanto in base all'art. 6., comma 1, lett. e) del GDPR, mentre quello dei dati particolari avviene sulla base del **consenso dell'interessato** ai sensi dell'art.9, c. 2, lett. a) GDPR.

Ai sensi degli articoli previsti dal Capo III del GDPR l'Interessato potrà esercitare in ogni momento i diritti di accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, il diritto alla portabilità dei dati e il diritto di opposizione. Inoltre, ha il diritto di presentare reclamo al Garante della privacy o di ricorrere all'autorità giudiziaria e ha il diritto di ottenere l'elenco completo ed aggiornato di tutti soggetti Responsabili e autorizzati al trattamento dei Suoi dati personali.

L'informativa completa è disponibile sul sito <http://www.aslvc.piemonte.it>.

**Il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso al trattamento** dei dati personali (e, se occorrenti, dei dati sanitari) ai fini strettamente necessari all'erogazione dei presidi sanitari/servizi richiesti;

**Il/la sottoscritto/a autorizza l'ASL di VC:**

- a comunicare i dati personali per sé o per il predetto, compresi quelli sanitari, per tutte le finalità strettamente connesse alla fornitura che occorrono alle Ditte Fornitrici/Prestatori di servizi amministrativi connessi - in qualità di Responsabili e/o incaricati (dipendenti e collaboratori degli stessi)
- a comunicare i miei dati a (coniuge, familiare)

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_

**Il/la sottoscritto/a si impegna a dare immediata comunicazione all'ASL VC della cessata necessità di utilizzo dell'ausilio NON PERSONALIZZATO, concesso in prestito d'uso e pertanto non di proprietà (come da DM 332/99 e s.m.i.)**

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_

**RICHIESTE L'AUTORIZZAZIONE**

- alla fornitura degli ausili, presidi ed ortesi di cui al DM 332/99 e s.m.i. come da prescrizione allegata;
- alla fornitura di prodotti relativi all'assistenza integrativa come da prescrizione allegata.

**IL DICHIARANTE**

(luogo e data) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_