

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

(Art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritta/o _____
nato/a a _____ (____) il ____/____/____
residente a _____ (____) CAP _____ in via _____ n. _____
Tipo di documento _____ n. _____
rilasciato da _____ in data ____/____/____

DICHIARA

che in data _____ ho tentato di prenotare tramite il servizio Cup Web la prestazione _____
ma il primo posto disponibile per effettuare la stessa era previsto per il giorno _____
come da schermata Cup Web che obbligatoriamente allego, e pertanto di non aver potuto usufruire della
prestazione entro i tempi di garanzia previsti.

DICHIARA ALTRESÌ

- di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i.
- di sapere che l'Azienda ASL 8 di Cagliari si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità di quanto dichiarato (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000).

Il/la sottoscritto/a ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali ai sensi del Reg. UE 679/2016 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. (c.d. Codice Privacy), acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Allegati:

- Schermata CupWeb

Luogo, data _____

Firma (leggibile) del dichiarante