



**A.S.L. TO4**

Azienda Sanitaria Locale  
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

## Consenso

Il/La sottoscritta/o \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_

n. telefonico \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

consapevole dei diritti che può esercitare in base alla normativa sulla Privacy" incluso quello di revocare il presente consenso, AUTORIZZA l'Azienda ASL TO4 a trattare i propri dati per le finalità del servizio di dematerializzazione del buono per gli assistiti riconosciuti dal SSR affetti da celiachia e ne accetta integralmente le condizioni.

Dichiara di aver preso atto dei termini del servizio e dell'informativa sul trattamento dei dati personali.

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ firma leggibile dell'interessato

\_\_\_\_\_ firma leggibile del rappresentante con Indicazione della qualità dallo stesso rivestita (\*\*) (\*)

Nel caso in cui l'interessato non possa prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità d'agire (minorenne) o per incapacità di intendere o di volere (interdetto), il consenso è manifestato da chi esercita legalmente la potestà, ovvero da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente o, in loro assenza, dal responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato.

Data \_\_\_\_\_

Operatore che ha ricevuto il consenso ( firma leggibile)

\_\_\_\_\_ (\*\*)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritta/o \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

in via/corso/piazza \_\_\_\_\_

n. telefonico \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia responsabilità,





**A.S.L. TO4**

Azienda Sanitaria Locale  
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

## DICHIARO DI ESSERE:

- Titolare della responsabilità genitoriale;
- Tutore;
- Amministratore di sostegno appositamente a ciò delegato;
- \_\_\_\_\_

dell'interessato (indicare nome cognome luogo e data di nascita)

---

---

---

Dichiaro altresì di aver preso atto dei termini del servizio e dell'informativa sul trattamento dei dati personali.

### **Letto, confermato e sottoscritto.**

Luogo e data

---

Il/la dichiarante

---

(\*) Le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

La copia fotostatica del documento è inserita nel fascicolo.

(\*) Certifico apposta in mia presenza la firma del dichiarante

Data, timbro e firma del dipendente addetto \_\_\_\_\_