

**(Allegato B)**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**  
(artt. 19 e 47 del D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
alla Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,  
richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000,

## DICHIARA

sotto la propria responsabilità di **essere iscritto/a:**

[illegible]

Il/la sottoscritto/a autorizza l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza al trattamento dei dati personali forniti con la presente dichiarazione.

## Data

Firma del Sottoscrittore

*(Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000, la firma deve essere apposta in presenza del personale addetto o, in alternativa, può essere allegata alla dichiarazione fotocopia di un documento d'identità del sottoscrittore in corso di validità).*