



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
(cognome e nome)

residente in _____ via _____ n. _____

DICHIARO SOTTO LA MIA PERSONALE RESPONSABILITA'
(barrare e completare le voci che riguardano la dichiarazione da produrre)

- di essere nato/a a ^(a) _____ il _____
- di essere residente in ^(b) _____ via _____ n. _____
- di essere cittadino ^(c) _____, secondo le risultanze del comune di ^(d) _____
- godere dei diritti civili e politici
- di essere nel seguente stato civile ^(e) _____
- di essere nella seguente posizione agli effetti e adempimenti degli obblighi militari, ivi comprese quelle attestate nel foglio matricolare dello stato di servizio _____
- di essere iscritto all'Ordine/Collegio Professionale ^(f) _____
- che, oltre al/alla sottoscritto/a, la famiglia convivente si compone di ^(g) _____

Cognome/Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Rapporto di parentela

- di essere in possesso del seguente titolo:

Tipo di titolo ^(h)	Conseguito presso ⁽ⁱ⁾	In data

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano aver l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa. _____

- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali
- il seguente stato/fatto o qualità personale di cui all'art. 46 D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s.m.i. ^(l) _____

Sono consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamati dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s.m.i. e accertate dall'Azienda Sanitaria Locale VC in sede di controllo, verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e delle leggi speciali in materia e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera. Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del Dlgs. 196/2003 e s.m.i. che i dati personali raccolti saranno trattati dall'Azienda Sanitaria Locale VC di Vercelli, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e per lo svolgimento delle sue funzioni istituzionali e nei limiti di legge.

(luogo e data) _____

(m) _____
IL DICHIARANTE

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Dich. sostit.certificazione (PERS.MO.1176.00).doc
		Pag. 2/2

- (a) Indicare il comune di nascita e, tra parentesi, la provincia.
- (b) Indicare il comune di residenza e l'indirizzo completo.
- (c) Indicare la cittadinanza.
- (d) Indicare il comune alla cui anagrafe l'interessato è iscritto.
- (e) Indicare lo stato civile (celibe, nubile, coniugato con ____, vedovo di ____, separato, divorziato da _____).
- (f) Indicare l'Ordine Professionale di appartenenza specificando la provincia.
- (g) Indicare cognome e nome, data e luogo di nascita dei singoli componenti della famiglia ed il rapporto con il dichiarante.
- (h) Indicare il tipo di titolo di studio o qualifica professionale, titolo di specializzazione, di abilitazione, di formazione, di aggiornamento e di qualificazione tecnica.
- (i) Indicare la scuola, l'Istituto, l'Università o l'Ente pubblico presso cui il titolo è stato conseguito.
- (l) Ulteriori Stati/fatti o qualità che possono essere autocertificati ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 e s.m.i.:
- ⤴ Esistenza in vita.
 - ⤴ Esami sostenuti (specificare l'esame, la Scuola/Università e la data).
 - ⤴ Qualifica professionale.
 - ⤴ Situazione reddituale o economica anche ai fini della concessione dei benefici di qualsiasi tipo previsti da leggi speciali (precisare il dato economico e l'anno di riferimento).
 - ⤴ Assolvimento di obblighi contributivi con l'indicazione dell'ammontare corrisposto.
 - ⤴ Possesso e numero del codice fiscale, della Partita IVA e di qualsiasi dato presente nell'archivio dell'anagrafe tributaria e inerente l'interessato.
 - ⤴ Stato di disoccupazione, qualità di pensionato (e categoria di pensione), di studente (indicare la Scuola/Università).
 - ⤴ Qualità di legale rappresentate di persone fisiche o giuridiche, di tutore, di curatore e simili.
 - ⤴ Iscrizione ad associazioni o formazioni sociali di qualsiasi tipo.
 - ⤴ Qualità di vivenza a carico (ad es. in qualità di figlio dichiarato di vivere a carico di _____).
 - ⤴ Dati contenuti nei registri dello stato civile (indicare il Comune) di cui l'interessato è a diretta conoscenza.
 - ⤴ Di non trovarsi in stato di liquidazione o di fallimento e di non aver presentato domanda di concordato

(m) Firma per esteso e leggibile.

La firma del dichiarante non deve essere autenticata (art. 38 D.P.R. 445/2000 e s.m.i.).

Validità temporale delle autocertificazioni

Le autocertificazioni hanno la stessa validità temporale degli atti che sostituiscono: illimitata se si riferiscono a stati e fatti non soggetti a modificazione (ad es. data e luogo di nascita, decesso, possesso del titolo di studio) o 6 mesi per le altre dichiarazioni (es residenza, ecc.).

Controlli sulle autocertificazioni (art. 71 D.P.R. 445/2000 e s.m.i.)

Le Amministrazioni sono tenute a procedere a controlli sulla veridicità ed autenticità delle autocertificazioni presentate. Se dal controllo emerge che è stata presentata una **falsa dichiarazione** il dichiarante decade immediatamente dal beneficio ottenuto grazie alla dichiarazione ed è soggetto alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia.

Stesura: S.C. Amministr. del Personale- Settore Trattamento Giuridico - 19/04/2012	Verifica: Dr.ssa Maria Lista Dirig. Responsab. S.C. Amministr. del Personale -19/04/2012	Autorizzazione: Dr.ssa Maria Lista Dirig. Responsab. S.C. Amministr. del Personale -19/04/2012	Emissione: Dr.ssa Maria Lista Dirig. Responsab. S.C. Amministr. del Personale - 19/04/2012
<small>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, RIPRODOTTO O RESO NOTO A TERZI SENZA AUTORIZZAZIONE.</small>			