

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	OTD_Autocertificazione variazione domicilio (FT.MO.2345.03).docx pag1/2
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------	----------------------------------------------------------------------------------

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) _____
 nato/a a _____ (prov. _____) il _____
 e residente in _____ (prov. _____) via/piazza _____ n. _____
 tel. _____ nella sua qualità di (1) _____ del/della signor/signora
 (cognome e nome) _____ nato/a il _____
 recapito telefonico _____

Sotto la sua personale responsabilità e consapevole della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia

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

di essere domiciliato dal _____ al _____ in _____ (prov. _____),
 via/piazza _____ n. _____; presso _____;

e chiede che le venga consegnata l'ossigenoterapia domiciliare all'indirizzo sopra indicato.

N.B. allegare copia di un documento di identità, in corso di validità, del sottoscrittore delle dichiarazioni

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

Il/La sottoscritto/a si impegna a dare immediata comunicazione all'ASL VC della cessata necessità della fornitura.

(luogo e data) _____

IL DICHIARANTE

(Il presente modulo compilato può essere trasmesso via fax al numero 0161 593922 oppure all'indirizzo mail: ossigeno.domiciliare@aslvc.piemonte.it)

AI SENSI DELL'ART. 13 Regolamento UE 2016/679 (c.d. "GDPR")

Stesura: SC Farmaceutica Territoriale – Ottobre 2025	Verifica: SC Farmaceutica Territoriale – Ottobre 2025	Autorizzazione: SC Farmaceutica Territoriale – Ottobre 2025	Emissione: SC Farmaceutica Territoriale – Ottobre 2025
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.			

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	OTD_Autocertificazione variazione domicilio (FT.MO.2345.03).docx pag2/2
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------	----------------------------------------------------------------------------------

LA INFORMIAMO DI QUANTO SEGUE:

che la sua pratica richiede il **trattamento dei Suoi dati personali ed inoltre comunicazione** di essi a soggetti previsti da specifiche norme di legge e nell'ambito territoriale individuato dalle leggi stesse.

L'azienda ASL "VC" **Vercelli** (C.so Mario Abbiate n. 21, 13100 Vercelli, protocollo@aslvc.piemonte.it) è da considerarsi **titolare del trattamento** dei dati richiesti.

I Suoi dati personali sono trattati nell'ambito della normale attività aziendale dell'ASL VC I suoi dati personali comuni verranno trattati sulla base dell'art 6, c. 1, lett. e) ossia **per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento**. I suoi dati personali sensibili, soprattutto quelli relativi alla salute, saranno trattati ex art. 9, c. 2, lett. g) e i) del GDPR, ossia per **motivi d'interesse pubblico e per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità**, anche alla luce di quanto previsto dall'art. 2-*sexies*, c.2, lett. t) e u) del Codice Privacy.

Il trattamento dei Suoi dati personali avviene **mediante strumenti manuali, informatici e telematici in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi**.

La informiamo, infine, che ai sensi degli articoli previsti dal Capo III del GDPR Lei 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. il diritto di ottenere l'elenco completo ed aggiornato di tutti soggetti Responsabili e autorizzati al trattamento dei Suoi dati personali.

Il Responsabile della Protezione dei dati personali può essere contatto all'indirizzo e-mail dpo@aslvc.piemonte.it

Ogni ulteriore informazione riguardante il trattamento dei dati è reperibile sul sito istituzionale dell'A.S.L. VC <http://www.aslvc.piemonte.it>, sezione Privacy.

Stesura:	Verifica:	Autorizzazione:	Emissione:
SC Farmaceutica Territoriale – Ottobre 2025	SC Farmaceutica Territoriale – Ottobre 2025	SC Farmaceutica Territoriale – Ottobre 2025	SC Farmaceutica Territoriale – Ottobre 2025
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.			