



**ASL Sulcis Iglesiente**

Azienda socio-sanitaria locale n. 7

**DISTRETTO DI CARBONIA**

**UFFICIO SCELTA/REVOCA**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICATO DI RESIDENZA  
(ART 46 DEL D.P.R. N°445 DEL 28 DICEMBRE 2000)**

IO SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

CONSAPEVOLI DELLE SANZIONI PENALI RICHIAMATE DELL'ART. 76 DEL D.P.R. N°445 DEL 28 DICEMBRE 2000

**DICHIARO**

DI ESSERE RESIDENTE IN \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

DI **NON** ESSERE ISCRITTO **AIRE** ( ITALIANI RESIDENTI ALL'ESTERO )

DI **NON** ESSERE **MARITTIMO o DETENUTO**

**DICHIARO DI ESSERE INFORMATO, AI SENSI E PER GLI EFFETTI DI CUI ALL'ART. 10 DELLA LEGGE 675/96 CHE I DATI PERSONALI RACCOLTI SARANNO TRATTATI, ANCHE CON STRUMENTI INFORMATICI, ESCLUSIVAMENTE NELL'AMBITO DEL PROCEDIMENTO PER IL QUALE LA PRESENTE DICHIARAZIONE VIENE RESA.**

LI \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

---