

Spett.le Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo Intesa Sanpaolo

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (AUTOCERTIFICAZIONE)

Art. 46 DPR 28/12/2000 N. 445

II/La sottoscritto/a _____ codice fiscale _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA'

- Di essere nato/a a _____ (_____) il _____
 - Di essere residente a _____ (_____) via _____
 - Stato civile: celibe/nubile coniugato/a vedovo/a divorziato/a
 - Data del matrimonio: _____
 - Che il proprio stato di famiglia risulta composto, oltre che dal dichiarante, dalle seguenti persone:

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre:

- **di essere a conoscenza, e pertanto pienamente consapevole, che in caso di false dichiarazioni verranno applicate le sanzioni penali previste dagli artt.:483, 495 e 496 del Codice Penale e che ne conseguirà la decadenza dall'ammissione alla prestazione del Fondo Sanitario ottenuta sulla base della dichiarazione non veritiera.**
Saranno inoltre applicabili le sanzioni previste dagli artt.7 e 12 dello Statuto del Fondo Sanitario;
- di autorizzare il Fondo Sanitario al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione, trattamento che a norma del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) potrà avvenire solo per i fini propri del Fondo stesso e nei limiti di legge;
- di autorizzare il Fondo Sanitario, destinatario della presente autocertificazione, a verificare i dati in essa contenuti rivolgendosi alle Amministrazioni competenti;
- di essere stato autorizzato, laddove necessario, a fornire i dati personali di terzi, sopra riportati.

Letto, confermato e sottoscritto

(Luogo) _____ (data) _____

IL/LA DICHIARANTE _____