



A.S.L. NO



A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale di Vercelli



DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE "PATOLOGIA DELLE DIPENDENZE" AA.SS.LL. BI - NO - VC - VCO
- DIRETTORE DR. LIBORIO MARTINO CAMMARATA -

DIRETTORE S.C. SER.D ASL BIELLA DOTT. L. SOMAINI	DIRETTORE S.C. SER.D. ASL NOVARA DOTT. L. M. CAMMARATA	DIRETTORE S.C. SER.D ASL VERCELLI DOTT. V. AMENTA	DIRETTORE S.C. SER.D ASL VCO DOTT.SSA C. CROSA LENZ
--	--	---	---

AUTOCERTIFICAZIONE DI RESIDENZA
(art. 46 D.P.R. 445 DEL 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a

nato/a inil

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000;

DICHIARA DI

ESSERE RESIDENTE

a

in vian°

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.

Data,...../...../.....

Firma del/la dichiarante o del legale rappresentante
(per esteso e leggibile)

.....

