



## 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 SE' 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.

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 esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai fini strettamente necessari all'erogazione dei presidi sanitari richiesti in conformità a quanto previsto dal Codice in materia di protezione dei dati personali e di cui al DL 30 giugno 2003 n. 196

**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 all'indirizzo mail: [ossigeno.domiciliare@aslvc.piemonte.it](mailto:ossigeno.domiciliare@aslvc.piemonte.it))