

AL RESPONSABILE UOPC 59
DELL'A.S.L. NA 3 SUD
VIA DIAZ,1
SANT'AGNELLO (NA)
DOTT. FRANCESCO FANARA
SEDE

Tel. 081 8729461- fax 0815331309
Pec: ds59.uopc@pec.aslnapoli3sud.it

**Oggetto: Richiesta dichiarazione sanitaria per isolamento fiduciario redatta sotto dichiarazione
sostitutiva di certificazione e atto notorio ai sensi del DPR 445/00**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO
Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s.m.i.**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
(Prov. _____) il _____ residente in _____ Via /Piazza
_____ n. _____, e domiciliato in _____ alla via
_____ codice fiscale _____
Documento di riconoscimento _____ N. _____
Rilasciato da _____ in data ____/____/____ che si allega in
copia.=====

Con la presente,

CHIEDE

alla S.V. dichiarazione relativa all'isolamento fiduciario, per gli usi consentiti dalla Legge, e pertanto consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000.

DICHIARA

di essere stato in isolamento fiduciario dal/...../2020 al/...../2020 (per un totale gg 14, quattordici) previa comunicazione alle Autorità incaricate, presso il seguente domicilio:

(indicare civile abitazione o altra struttura _____) sita nel

Comune di _____ (Prov. _____) in via _____

n. civico _____ Contatti telefonici del dichiarante _____

di essere assistito dal Medico di Medicina Generale dott. _____

DATA _____ FIRMA _____

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per la quale dichiarazione viene resa. =====

DATA _____ FIRMA _____

LA PRESENTE DICHIARAZIONE SI COMPONE DI NUMERO DUE PAGINE INCLUSA LA PRESENTE. =====