



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art 2 legge 4 gennaio 1968 n.15, modificato dall'art.3, legge 15 maggio 1997, n.127)

Il/la sottoscritto/a (a) _____
(cognome) (nome)

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 dicembre 2000

DICHIARA

di essere nato/a a (b) _____ il _____

di essere residente a (c) _____ CAP _____

in via/piazza _____ n. _____

di essere cittadino/a (d) _____

di aver preso visione dell' informativa per il trattamento dei dati personali, parte integrante di questo modulo, da parte dell' Ordine dei Farmacisti della Provincia di Caserta e di autorizzarne il trattamento nei limiti delle finalità indicate nella informativa ai sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo n° 679/2016 "GDPR" e del D. Lgs n° 101/2018.

Il presente consenso viene sottoscritto dall'interessato al momento del primo accesso presso la struttura dell' Ordine dei Farmacisti della Provincia di Caserta e verrà ritenuto valido per tutti gli accessi successivi.

Data

Il/La dichiarante

- (a) Indicare cognome e nome
- (b) Per i nati in Italia indicare il Comune di Nascita e, tra parentesi, la Provincia. Per i nati all'estero indicare lo Stato estero in cui si è nati
- (c) Indicare il Comune alla cui anagrafe l'interessato/a è iscritto/a e l'indirizzo
- (d) Indicare "Italiano/a" oppure lo Stato estero di cui si è cittadini