

OGGETTO: autorizzazione cessione ecopunti 2017

Il/La Sottoscritt_ _____

Nat_ a _____

Residente in _____, In qualità di titolare
della Tessera Sanitaria n° _____ ,

Cod. Fiscale _____,

AUTORIZZO

Il/La Sig. _____ ad usufruire dei punti in essa
contenuti.

DICHIARA

- a) di appartenere allo stesso nucleo familiare del fruitore;
- b) di essere a conoscenza delle sanzioni penali a carico di chi dichiara il falso o esibisce atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità (art.76 DPR 445/2000 e 507/93 e successive modificazioni) in base agli artt.46 e 47 del DPR 445/2000;
- c) di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.L.vo n. 196 del 30.06.03, che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Albano Laziale, _____ Firma _____