

 <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Sette Laghi Polo Universitario</p>	MODULO MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE	Cod: <i>MO02IOG14</i> Data: <i>01/04/2025</i> Rev. <i>00</i>
--	--	--

Il/la sottoscritto/a (*nome e cognome*) _____, nato/a a _____,

il _____, Indirizzo _____, C.F. _____,

Documento di riconoscimento _____ n° _____,

rilasciato da _____, in data _____.

in qualità di interessato/a maggiorenne

DICHIARA

sotto la propria responsabilità di voler procedere alla segnalazione.

L'ASST dei Sette Laghi, in qualità di titolare del trattamento, comunica che tratterà i dati per le finalità correlate al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, in conformità con la disciplina in materia di protezione dei dati personali (artt. 13 e 14 del Reg. UE 2016/679).

I dati raccolti sono necessari per l'esercizio dello svolgimento delle attività dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico ed in particolare per la gestione della segnalazione e per gli adempimenti di competenza.

Il conferimento dei dati richiesti non è obbligatorio, tuttavia il rifiuto di conferire i medesimi non consentirà di dare avvio alla procedura di gestione delle segnalazioni attualmente in vigore.

Per ulteriori informazioni si rinvia espressamente alla "[Informativa generale Ufficio relazioni con il pubblico](#)" pubblicata sul sito aziendale in quanto applicabile.

Varese, _____

Si allega copia carta identità del segnalante

Firma
