

ALLEGATO**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(DPR 28 dicembre 2000, n. 445, art.li 46 e segg.)

Il/la sottoscritto/a , nato/a
il , codice fiscale
tel. e-mail

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti (art. 75 e 76 del DPR n. 445/2000)

DICHIARA

☐ di essere iscritto/a per l'anno accademico all'Università degli Studi di Trento, matricola n. (da verificare tramite presentazione al medico del profilo studente su "Student e-card" via UniTrento App)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

(DPR 28 dicembre 2000, n. 445 art. 47)

DICHIARA

☐ di essere studente/studentessa residente fuori provincia di Trento e di non aver effettuato la scelta di alcun medico operante all'interno del territorio provinciale.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali in base al Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE n. 2016/679) per le finalità di assistenza sanitaria erogata dal medico di ruolo unico di assistenza primaria convenzionato ed dall'ASUIT di Trento¹.

Luogo e data

Firma del/la dichiarante (per esteso e leggibile)

A CURA DEL MEDICO CHE EROGA LA PRESTAZIONE☐ Effettuata VISITA AMBULATORIALE☐ Effettuata VISITA DOMICILIARE

Luogo e data

Firma del Medico e Timbro

Per il medico che effettua la prestazione: modello da consegnare al Distretto di appartenenza

¹ L'informativa per il trattamento dei dati personali è pubblicata sul sito ASUIT all'indirizzo:

<https://www.asuit.tn.it/privacy>