

Firma



F.A.V.L.A.F.-E.B.A.T.
Tel. 0532/200151
Email: info@favlaf.it
PEC: favlafpec@mailsicura.info
Sito internet: www.favlaf.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
RICHIESTA CONTRIBUTO CURE ORTODONTICHE
FIGLI DI ETÀ FINO A 14 ANNI COMPIUTI
(Art. 47, D.P.R. del 28 dicembre 2000, n. 445)

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

nato _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)

residente a _____ (_____) in Via _____ n. ____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

Codice fiscale _____

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. 28 dicembre 2000, n. 445

DICHIARA

che le attività lavorative prestate nell'ultimo biennio sono le seguenti:

ANNO	AZIENDA	CODICE FISCALE AZIENDA	N. GIORNATE

Il sottoscritto dichiara di non aver richiesto né richiederà alcuna forma di rimborso per la medesima prestazione ortodontica.

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere consapevole che – qualora fosse riscontrata la non completa veridicità dei dati oggetto della presente dichiarazione o di una parte di essi – F.A.V.L.A.F.-E.B.A.T. non procederà alla erogazione della prestazione richiesta o vi provvederà per la sola parte dovuta.

Il sottoscritto acquisite le informazioni di cui all'art. 13 del Regolamento EU n. 2016/679 GDPR, esprime il proprio consenso al trattamento di dati personali forniti al F.A.V.L.A.F.-E.B.A.T., con particolare riferimento ad istituti di credito e/o altri organismi cui i dati stessi potranno essere comunicati per la realizzazione degli obblighi statuari.

Presta esplicito consenso per il trattamento dei dati 'sensibili', nell'ambito delle finalità e secondo le modalità indicate nella informativa.

Le informazioni sulla privacy dell'Ente, sono consultabili al link www.favlaf.it

IL DICHIARANTE

(luogo, data)