

Dichiarazione Sostitutiva di Atto Notorio
Art.47 D.P.R. 28/12/2000 n.445
Estraneo al Defunto per Rinnovo Concessione Loculo

Io sottoscritt _____
(Cognome e Nome del Dichiarante)

Codice Fiscale _____

nat_ a _____ Pr. (____) il ____/____/____

e residente in Via/Piazza _____ n° _____

Città _____ Pr. (____) C.A.P. _____

consapevole della propria responsabilità penale, ai sensi dell'art. 76, D.P.R. n° 445/00, nel caso di dichiarazione non veritiere, falsità negli atti ed uso di atti falsi e che, ai sensi dell'art. 75, del D.P.R. n° 445/00, decadrà dai benefici eventualmente ottenuti.

DICHIARO

Il/La Dichiarante

Firmare per esteso e allegare copia sottoscritta
di Documento d'Identità in corso di validità

MOD.02 - DEDR

RESPONSABILITÀ PENALE DEL DICHIARANTE - D.P.R. 445/2000

Il modulo ha validità di autodichiarazione ai sensi del DPR 445/00 dei dati e fatti ivi riportati.
Chiunque rilasci dichiarazioni mendaci o fornisca atti falsi incorre nelle sanzioni ex art. 76 DPR 445/00.

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Responsabile del singolo Procedimento è il Dirigente AMA- Cimiteri Capitolini-*Amministrazione*

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D.LEG. 196/2003

1. AMA. SpA. acquisisce e detiene i dati da Lei dichiarati, essi saranno utilizzati dagli Uffici esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza da Lei formulata e per le finalità strettamente connesse.
2. Il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaboratori elettronici a disposizione degli uffici ed è svolto da personale aziendale e/o ditte esterne, che abbiano rapporti di servizio AMA. SpA.
3. I dati, eccetto quelli previsti al punto 2. non verranno comunicati a terzi.
4. Il conferimento dei dati è obbligatorio: il mancato conferimento non consentirà il proseguimento dell'operazione richiesta.
5. Il responsabile del trattamento dei dati è il Direttore AMA-Cimiteri Capitolini, Via del Verano, 68 00185 ROMA.
6. Lei può esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione, cancellazione dei dati come previsto dall'art.7, del D.Lgs. 196/2003 rivolgendosi all'Ufficio Relazioni con il Pubblico di AMA- Cimiteri Capitolini, sito in Via del Verano, 72 00185 ROMA.

Il/La Dichiarante

Roma li ____/____/____

(Firma per esteso e leggibile)

SEZIONE RISERVATA ALL'UFFICIO

Il Sig. _____ è stato da me identificato per mezzo del seguente documento _____ ed ha sottoscritto la dichiarazione di cui sopra,

Roma li |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|_|_|_|

(Firma del dipendente)