

**Convenzione tra Comune di Cassago Brianza e Centro Diagnostico CAB
POLIDIAGNOSTICO per l'effettuazione di Analisi diagnostiche anti Covid-19**

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT.46 E 47
D.P.R. N.445/2000**

Il/la Sottoscritto/a _____ c. f. _____

nato/a a _____ (____) il ____/____/____,

residente a _____ (____) in _____ n. _____

in relazione alla Convenzione sopra indicata, stipulata tra il Comune di Cassago e il Centro CAB POLIDIAGNOSTICO, qui integralmente richiamata e conosciuta,

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

- Di essere residente del Comune di Cassago Brianza e di poter pertanto aderire alle disposizioni della convenzione tra Comune di Cassago Brianza e Centro Diagnostico CAB POLIDIAGNOSTICO per l'effettuazione di Analisi diagnostiche anti Covid-19

Luogo e Data, _____

Firma del dichiarante

(per esteso e leggibile)

Autorizzo espressamente il Comune di Cassago e il Centro CAB POLIDIAGNOSTICO al trattamento dei dati personali presenti nel documento ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003,n.196 e del GDPR (RegolamentoUE2016/679).

Luogo e Data, _____

Firma del dichiarante

(per esteso e leggibile)