



**Società della Salute del Mugello**

C.F. e P. IVA 05517830484

Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032 BORGO SAN LORENZO (FI)  
Tel. 0558451430 – Fax 0558451414 - e-mail: [sds.mugello@uslcentro.toscana.it](mailto:sds.mugello@uslcentro.toscana.it)  
posta elettronica certificata: [sdsmugello@postacert.toscana.it](mailto:sdsmugello@postacert.toscana.it)

Prot. n.....del.....

**Oggetto: Richiesta consultazione e/o copia di documenti amministrativi (L. n. 241/90 e smi )**

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione  
(ai sensi dell'art. 43 del DPR 445/2000 e smi)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

in qualità di:

richiedente

tutore/curatore o amministratore di sostegno del/della Sig/Sig.ra \_\_\_\_\_ nata  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Il sottoscritto è residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ documento di identificazione \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

*Da riempire in caso di persona giuridica (Impresa, Cooperativa, Associazione di volontariato, etc):*

In qualità di \_\_\_\_\_ della \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

P.IVA/CF \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità penali che mi assumo per eventuali falsità in dichiarazioni o atti non rispondenti al vero, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000

**CHIEDE**

di prendere visione

di avere copia semplice

di avere copia autenticata (l'autenticazione delle copie comporta l'applicazione dell'imposta di bollo secondo le vigenti disposizioni di legge) dei seguenti documenti:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Per i seguenti motivi:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DICHIARA** di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento oggetto della presente richiesta. Il titolare del trattamento è il Società della Salute del Mugello. I dati di contatto del titolare del trattamento e del responsabile della protezione dati sono pubblicati nel sito internet istituzionale dell'Ente al seguente link: <https://www.sdsmugello.it/sds/info.php?tipo=3&id=178>

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_  
(se trasmesso via fax allegare documento di identità valido)

Si prega di presentare il modulo all'Ufficio Protocollo della SdS Mugello, Via Togliatti, 29, Borgo San Lorenzo – Telefono 055/8451430, oppure trasmetterlo via fax al n. 055/8451414. L'Ufficio Protocollo riceve il pubblico dal lunedì al venerdì dalle ore 09.00 alle ore 12.00.

---

**DA CONSEGNARE AL RICHIEDENTE**

**(da parte dell'Ufficio Segreteria della Società della Salute del Mugello )**

La risposta sulla documentazione richiesta, presentata in data \_\_\_\_\_ prot.  
n. \_\_\_\_\_ Le verrà inviata dopo 30 giorni dalla suddetta data.

Per informazioni può rivolgersi all'ufficio attività generali 055/8451430/428

Ufficio Segreteria

Timbro \_\_\_\_\_