



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna – ISNB (IRCCS)  
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna  
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna (IRCCS)  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

La/Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matr. \_\_\_\_\_  
in servizio presso con la qualifica di \_\_\_\_\_  
dipendente presso \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di fruire il giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ del permesso per lo  
svolgimento degli accertamenti sanitari, disposti dall'autorità sanitaria competente per il Covid-19

per se stesso/a

per il figlio/a minorenni \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_

Lì, \_\_\_\_\_

Il/la dichiarante  
\_\_\_\_\_

Visto, il Responsabile  
\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

Art. 47 – D.P.R. N. 445/2000

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

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. n. 445 del 28.12.2000

**DICHIARA CHE**

ha ricevuto informativa con la quale l'autorità sanitaria competente comunica che in data \_\_\_\_\_  
dovrà effettuare il seguente accertamento sanitario \_\_\_\_\_

(indicare tipo di accertamento)

che il proprio figlio/a minorenni dovrà effettuare il seguente accertamento sanitario  
\_\_\_\_\_

(indicare tipo di accertamento)

E' informato ed autorizza, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n. 30/06/2003, n. 196, al Regolamento UE  
2016/679 – GDPR confermato a livello nazionale dal D.Lgs. n. 101/2018, che i dati personali raccolti  
saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la  
presente dichiarazione viene resa.

Lì, \_\_\_\_\_

Il/la dichiarante  
\_\_\_\_\_