

## **Allegato 7 - Autocertificazione parti precedenti**

### **AUTOCERTIFICAZIONE PARTI PRECEDENTI**

La sottoscritta .....

Nata il ..... a .....

Residente in .....

Documento .....n. ....

Rilasciato da .....

#### **DICHIARA**

ai sensi degli aa.rr.tt. 46, 47, 76 D.P.R. 445/00, di aver partorito il/i precedente/i figlio/i:

I figlio

in data ..... presso la struttura ..... Tipologia di parto .....

II figlio

in data ..... presso la struttura ..... Tipologia di parto .....

Altri figli

in data ..... presso la struttura ..... Tipologia di parto .....

in data ..... presso la struttura ..... Tipologia di parto .....

DATA .....

Firma .....

Ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 (di seguito, per brevità, solo “GDPR”), l’ASL Roma 2, in qualità di titolare del trattamento, La informa che i dati conferiti mediante la compilazione del presente modulo saranno trattati per la gestione in tutte le sue fasi della richiesta e verranno da noi conservati fino alla conclusione della stessa. Il conferimento delle informazioni richieste è necessario e in mancanza non sarà possibile dare seguito alla Sua richiesta. Base giuridica del trattamento si rinviene nell’essere lo stesso necessario a provvedere all’istanza formulata dall’interessato. Lei potrà far valere in qualsiasi momento i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del GDPR contattando il Responsabile della protezione dei dati all’indirizzo [dpo@aslroma2.it](mailto:dpo@aslroma2.it) e, laddove ritenesse, infine, che il trattamento avvenga in violazione del GDPR, proporre reclamo all’autorità Garante per la Protezione dei Dati personali, come previsto dall’art. 77 del GDPR stesso ovvero adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del GDPR).