

AI **MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI**
Direzione Generale dell'Immigrazione e delle Politiche di Integrazioni
Divisione II
Via Flavia, 6 - 00187 Roma
Email: dg_immigrazione_23@lavoro.gov.it

ALLEGATO 9

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA COPERTURA SANITARIA

PROGETTO N. _____

Il sottoscritto _____ in qualità di
rappresentante legale dell'Associazione/Ente _____, con sede
in _____, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del
D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara di
essere in possesso della seguente documentazione:

- **Iscrizione al Servizio sanitario nazionale**
- **Polizza assicurativa sanitaria**
- **Copertura sanitaria dello Stato convenzionato di provenienza**

Dichiara di aver preso visione dell'Informativa di cui all'art. 13 del Regolamento (UE) n. 679/2016, presente sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (<https://www.lavoro.gov.it/Pagine/Privacy.aspx>) e, ai sensi dell'art. 6 dello stesso Regolamento, autorizza il trattamento dei dati personali, anche con modalità informatiche, esclusivamente nell'ambito della procedura inerente l'ingresso e il soggiorno di minori stranieri nell'ambito di programmi solidaristici di accoglienza.

_____, Li _____

Firma del rappresentante legale (per esteso e leggibile)

Nota: documentazione da stampare su carta intestata dell'Ente/Associazione.

Nota: Ai sensi dell'art. 71 del DPR n. 445/2000 la Direzione Generale dell'immigrazione e delle politiche d'integrazione effettuerà, anche a campione, controlli in merito alla veridicità della presente dichiarazione sostitutiva.