

**ALLEGATO 2**

**MODULO PER LA DOMANDA DI AMMISSIONE AL CONTRIBUTO ECONOMICO PER LA CRIOCONSERVAZIONE DEGLI OVOCITI (SOCIAL FREEZING), PRESERVAZIONE DELLA FERTILITÀ PER FINI SOCIALI. LEGGE REGIONALE N. 42 DEL 31/12/2024, ART. 40 "NORME IN MATERIA DI PRESERVAZIONE DELLA FERTILITÀ PER FINI SOCIALI".**

Al **Commissario Straordinario ASL BT**

*Per il tramite del Distretto Socio Sanitario n. \_\_\_\_\_*

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 consapevoli che, in caso di false dichiarazioni o false attestazioni accertate dall'Amministrazione precedente, verranno applicate le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione o attestazione non veritiera, la sottoscritta:

<b>ISTANTE</b>	Nome _____ Cognome _____
	Luogo e data di nascita _____
	Codice Fiscale <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Indirizzo di residenza (Città, via e n. civico) _____
	Numero di telefono _____ Mail _____
	Pec _____

**CHIEDE**

di essere ammessa al finanziamento, ai sensi della LR n. 42 del 31/12/2024 art. 40, previsto dall'Avviso Pubblico della ASL BA per l'assegnazione di contributi economici a sostegno della crioconservazione degli ovociti a fini sociali (social freezing).

A tal fine, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA,**

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni false e mendaci:

- di essere residente senza interruzioni nella Regione Puglia da almeno 12 mesi alla data di presentazione della domanda;



Istituto bancario/postale \_\_\_\_\_

Filiale di \_\_\_\_\_

Assegno circolare non trasferibile

La sottoscritta dichiara:

- di aver ricevuto l'informativa ex art 13-14 del GDPR 679/2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali;
- di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali - Informativa resa ai sensi degli artt. 13-14 del GDPR 679/2016 (General Data Protection Regulation) - I dati forniti saranno trattati dall'Azienda, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto delle vigenti norme di legge. All'utente competono i diritti previsti dagli artt. 13-14 del GDPR 679/2016, in particolare il diritto ad accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa vigente, la cancellazione ed il blocco degli stessi;
- I suoi dati personali raccolti con la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la stessa dichiarazione viene resa punto per esercitare i Suoi diritti di cui agli articoli 15-22 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Regolamento UE 2016/679) potrà rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati presso il Titolare del trattamento ASL BT, via Formaci, 201 – Andria - PEC: [protocollo.asl.bt@pec.rupar.puglia.it](mailto:protocollo.asl.bt@pec.rupar.puglia.it).  
Per maggiori informazioni sul trattamento dei dati personali, si rinvia all'apposita sezione Privacy del sito internet istituzionale.

Luogo e data: .....

Firma leggibile: \_\_\_\_\_