



Spett.le Assessorato Sanità, salute e politiche sociali  
Politiche sociali e giovanili  
Ufficio Formazione e aggiornamento in ambito socio-sanitario  
Loc. Grande Charrière, 40  
11020 SAINT-CHRISTOPHE

## **ASSISTENTE PERSONALE ELENCO UNICO REGIONALE**

### **MODULO VARIAZIONE DATI**

*(può essere consegnato a mano, spedito all'indirizzo sopra indicato, o tramite fax al n° 0165-527100  
per informazioni: telefono 0165/527130-517013)*

**NUMERO IDENTIFICATIVO INDICATO SULLA RICEVUTA DI ISCRIZIONE** \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_,

#### **comunica la variazione dei seguenti dati**

**(COMPILARE SOLTANTO i campi che sono cambiati rispetto alla domanda presentata precedentemente)**

- **Residenza**

comune _____, Cap _____,
indirizzo _____
telefono _____, cellulare _____, e-mail _____

- **Domicilio (se diverso dalla residenza)**

comune _____, Cap _____,
indirizzo _____
telefono _____, cellulare _____, e-mail _____

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui va incontro rilasciando dichiarazioni mendaci, ai sensi degli art.38, 46, 47 e 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000 n. 445, dichiara, sotto la propria responsabilità che quanto contenuto nel modulo corrisponde a verità.

Ai fini dell'articolo 13 del d.lgs. 196/2003, si informa che i dati personali sono trattati, per via informatica e/o cartacea, ai soli fini previsti dalla normativa. L'eventuale rifiuto di conferire i dati personali, che sono comunicati e diffusi per fini istituzionali, preclude l'iscrizione all'Elenco di cui trattasi.

L'interessato può esercitare i diritti di cui agli articoli 7 e 8 del d. lgs. 196/2003. Il titolare del trattamento dei dati è la regione Autonoma valle d'Aosta, nella persona del Presidente della Regione, con sede in piazza Deffeyes, 1 – Aosta; il responsabile del trattamento dei dati è il Direttore della Direzione politiche sociali del Dipartimento Sanità, Salute e Politiche Sociali.

Firma

Luogo, data \_\_\_\_\_