

AI SEGRETARIO GENERALE

Ministero della salute

Il/la sottoscritto/a NomeCognome.....
Data di nascita.....luogo di nascita.....
Stato di nascita.....Citta' di residenza.....
Provincia.....Indirizzo.....

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000), chiede alla S.V. un **intervento sostitutivo per la conclusione del procedimento amministrativo**, ai sensi dell'art. 2, comma 9 bis, della Legge 7 agosto 1990, n°241 e successive modificazioni, **in relazione al procedimento amministrativo avente ad oggetto** (fornire una dettagliata descrizione del procedimento amministrativo non definito nei termini di legge o di regolamento, indicando l'ufficio presso il quale è stato presentato, la data di presentazione e ogni altra notizia utile alla sua individuazione)

.....
.....
.....
.....
.....

Data.....

Firma

.....

Dichiaro di essere informato, ai sensi del D.Lgs. n° 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma

.....