

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art.47 D. P.R. 28 dicembre 2000 n.445)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali in materia, e che decadono i benefici ottenuti sulla base di dichiarazioni non veritiere, così come stabilito dagli art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000.

## Dichiara sotto la propria responsabilità

Che il/la sig./ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

è deceduto/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e di rientrare tra gli aventi diritto al rilascio di copia conforme all'originale della cartella clinica o di altra documentazione sanitaria, essendo

(grado di parentela) \_\_\_\_\_

AD USO :  medico  assicurativo  legale  altro -

\_\_\_\_\_

Sono a conoscenza che il trattamento dei dati personali di cui alla legge n.675 31.12.1996 (Legge sulla Privacy) avverrà solo per fini istituzionali e nei limiti di legge.

## Il dichiarante

(Firma per esteso e leggibile)

\_\_\_\_\_

La sottoscrizione della presente dichiarazione non è soggetta ad autenticazione, ai sensi dell'art. 21, comma 1 e dell'art. 38 comma 3 del DPR n .445/2000.

La sottoscrizione della dichiarazione è stata apposta in mia presenza dal dichiarante.

**Il dichiarante allega copia fotostatica sia del documento di identità proprio che della persona deceduta.**

Data

L'Addetto

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_