



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
AI FINI DEL RITIRO DI COPIA DI CARTELLA CLINICA**

Ai sensi del D.P.R. n. 445/00

Il/la sottoscritto/a _____
consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace e della
decadenza automatica dei benefici conseguiti, qualora da eventuali controlli emerga la non veridicità del
contenuto del presente atto,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

di essere nato/a a _____ il _____

di essere residente a _____

in via/piazza _____ n. civico _____

documento valido di identità _____ n. _____ n. tel. _____

☐ Di essere **erede** legittimo in qualità di (indicare il grado di parentela) _____

☐ Di essere **erede** testamentario

Che non vi è dissenso tra eventuali altri eredi.

Del/della sig./sig.ra _____

Nato/a il _____ deceduto/a il _____

☐ Dichiaro di avere la qualità di **TUTORE**

ESTREMI DEL PROVVEDIMENTO DI TUTELA: _____ e allegare copia

☐ Dichiaro di essere **AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**

ESTREMI DEL PROVVEDIMENTO DI NOMINA _____ e allegare copia

☐ Altro _____

Del/della sig./sig.ra/ minore _____

Nato/a a _____ il _____

Dichiaro di essere informato, secondo quanto previsto d.lgs. 196/2003 e dal Regolamento UE 2016/679 che i dati
personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il
quale la presente dichiarazione viene resa.

(luogo e data)

(il dichiarante)

Secondo quanto previsto dall'art. 38 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è:

- 1. sottoscritta dell'interessato in presenza del dipendente addetto**
- 2. ovvero sottoscritta o inviata, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente, via fax, tramite un incaricato oppure a mezzo posta.**