



	DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO (ART. 47 D.P.R. 445/2000)	All.5 PA 10	
		Rev.n.0 del 31/10/2019	Pagina 1 di 1

Allegato 5

Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (art. 47 D.P.R. 445/2000)

COMPILARE IN STAMPATELLO E ALLEGARE ALLA RICHIESTA

Cognome e Nome _____

Nato/o a _____ il _____

Residente a _____ Provincia _____

Via/Piazza _____ N. _____

CAP _____ CODICE FISCALE _____

ai sensi dell'art. 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 445/2000, consapevole della responsabilità penale per le false dichiarazioni, la falsità negli atti o l'uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76 dello stesso decreto, nonché della revoca del beneficio qualora dai controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto di alcune delle dichiarazioni rese,

DICHIARA di essere

- EREDE (indicare se coniuge, figlio, ecc.) _____
- ALTRO _____ (allegare documentazione)

Di Cognome e Nome _____

Nato/o a _____ il _____

Residente a _____ Provincia _____

Via/Piazza _____ N. _____ CAP _____

CODICE FISCALE _____

e pertanto richiede a Codesta Amministrazione di poter ritirare la copia della cartella clinica e/o documentazione sanitaria

Il sottoscritto, ai sensi del D. Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e del Reg. UE 679/2016 (Regolamento Generale in materia di protezione delle persone fisiche), acconsente a che i propri dati siano trattati, al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Luogo e data

Firma leggibile

ALLEGARE COPIA DOCUMENTO IDENTITA'

.....

