



Direzione Sanitaria di Presidio
Ufficio Cartelle Cliniche

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(Reza ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 28.12.2000, N. 445)

Il sottoscritt _____
nat a _____ il _____
residente a _____ via _____

valendosi del disposto di cui all'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445,
consapevole delle sanzioni previste

- dal codice penale e dalle leggi speciali in materia per il caso di dichiarazione falsa o mendace, la formazione e/o l'uso di atto falso, come richiamate dall'art. 76 del D.P.R. suddetto,
- nonché dall'art.75 del citato D.P.R. sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere,

DICHIARA

di essere:

- esercitante la potestà genitoriale,**
- legittimo erede** (specificare) _____
- tutore** nominato con decreto del Giudice del Tribunale di _____
- curatore** nominato con decreto del Giudice del Tribunale di _____
- amministratore di sostegno** nominato con decreto del Giudice del Tribunale di _____

del minore/Sig./ra _____

nato/a a _____ il _____

e, pertanto, chiede a codesta amministrazione di poter ritirare copia della documentazione sanitaria.

Ai sensi del Decreto Legislativo del 30.06.2003 n.196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" si informa che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati al solo fine della evasione della richiesta stessa.

Data _____

IL DICHIARANTE
