

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI  
CERTIFICAZIONE E ATTO DI NOTORIETA'**  
(D.P.R. 28 Dicembre 2000 n.445)

**PRO 2  
Mod.02  
Rev.2/2020**

Pag. 1 di pag. 1

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

Nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via/P.zza \_\_\_\_\_

Documento di identità n. \_\_\_\_\_ di cui copia (fronte e retro) è allegata al modulo di richiesta Copia Cartella Clinica.

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28 Dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28 Dicembre 2000, sotto la mia responsabilità:

**DICHIARA**

**DI ESSERE:**

erede legittimo

in quanto:

coniuge non divorziato;  figlio/figli legittimo, legittimato, naturale riconosciuto, adottato;

in caso di loro in mancanza in ordine:

genitore/i del deceduto;

fratello/sorella;

i parenti fino al 6° grado (\_\_\_\_\_)

Nonché:

erede testamentario (attestando lo stato con compilazione di integrativa e specifica dichiarazione sostitutiva con indicazione del numero e data dell'atto)

**OPPURE:**

il tutore/ amministratore di sostegno

il genitore esercente la patria potestà

altro (specificare) \_\_\_\_\_

**del sig./della sig.ra** \_\_\_\_\_

Dichiara Altresì, di essere informato, ai sensi delle disposizioni contenute ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali e D.lgs. 10/08/2018 n.101, 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, Data \_\_\_\_\_

Firma della/del Dichiarante

**N.B.:** il presente modulo compilato in tutte le sue parti deve essere allegato al modulo della richiesta della copia Cartella Clinica.