



Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà
(rilasciata ai sensi degli artt. 38 e 47 del DPR 445/2000)

rev 0.0 13 09 2022

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Codice fiscale _____ recapito telefonico _____

Residente a _____ in via _____ n° _____

Domiciliato a _____ in via _____ n° _____

Estremi del documento di riconoscimento (da esibire al momento della presentazione della dichiarazione) da inserire in copia nella documentazione sanitaria del paziente:

Tipo doc _____ n. _____

Rilasciato da _____ il _____

Consapevole delle responsabilità penali, richiamate dall'art. 76 del DPR 21/12/2000 n° 445, in caso di dichiarazioni false o mendaci

DICHIARA

Di essere:

- coniuge
- figlio/a
- genitore
- tutore/curatore/amministratore di sostegno
- altro (specificare) _____

del/la sig./sig.ra _____

e di

- essere unico erede legittimo
- non essere unico erede (in caso di presenza di più eredi, è necessario che ognuno compili una copia del presente modulo o, in caso di loro assenza, che venga prodotta delega legalmente valida, per il ritiro dei beni, da parte di tutti gli eredi).

(luogo e data)

Il/la dichiarante

(copia in cartella clinica)

(firma leggibile)