



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA'**

**(art. 46 e 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato /a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_

Documento di Riconoscimento \_\_\_\_\_

DICHIARO di essere a conoscenza:

- di quanto prescritto dall'art. 75 del D.P.R. 445/00 sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere e dal successivo art. 76 sulla responsabilità penale cui si può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità;
- che i dati personali da me forniti saranno utilizzati esclusivamente ai fini dell'espletamento della presente richiesta nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 30 giugno 2003, n.196).

DICHIARO di:

- Esercitare la potestà genitoriale sul minore \_\_\_\_\_
- Essere Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno di \_\_\_\_\_  
estremi del provvedimento di Nomina alla Tutela/Curatore/Amministratore di sostegno
- Essere erede di \_\_\_\_\_
- Essere altra persona avente un diritto della personalità o di in un altro diritto o libertà fondamentale che vuol esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria ex art. 92 del dlgs. 196/2003, così come modificato dal dlgs. 101/2018

dell'**intestataro** della cartella clinica di seguito indicato

\_\_\_\_\_

Ricoverato presso REPARTO \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Deceduto il (*se applicabile*) \_\_\_\_\_

**ESTREMI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato /a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma del Dichiarante \_\_\_\_\_

**Dic. Sost Atto di Notorietà Rev 1 2020**

**Istituto Clinico Beato Matteo**

Sistema di gestione Qualità UNI EN ISO 9001 certificato da Italcert  
Sistema di Gestione Salute e Sicurezza sul Lavoro BS OHSAS 18001 certificato da Certiquality  
Corso Pavia 84 – 27029 Vigevano (PV)  
Tel. +39 0381.347414 | Fax 0382.576821 | info.icbm@grupposandonato.it  
di Istituti Clinici di Pavia e Vigevano S.p.A. – Via Parco Vecchio 27 – 27100 Pavia (PV)  
Reg. Imp. Pavia 00182770180 – C.F. e P.IVA 00182770180 | Capitale Sociale € 7.206.300 i.v.  
[www.grupposandonato.it](http://www.grupposandonato.it)