



ISTITUTO CLINICO  
BEATO MATTEO

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA'**  
( artt. 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 puo' 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'intestatario della cartella clinica di seguito indicato \_\_\_\_\_

Ricovero 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 \_\_\_\_\_