



Direzione Sanitaria di Presidio  
Ufficio Cartelle Cliniche

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(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:

- esercente 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

\_\_\_\_\_