



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
ai sensi dell'art. 46 DPR 445/2000 e s.m.i.
da compilare in caso di richiesta di documentazione sanitaria
per conto di soggetti terzi

Data / / luogo

Il/la sottoscritto/a

nato/a a provincia (o stato estero) il

e residente a provincia

in n° telefono

documento di identità n° data rilascio / /

rilasciato da

DICHIARA di essere :

Tutore/Curatore /Amministratore

Erede

Esercente la potestà genitoriale in qualità di

genitore

tutore legale

Altro (specificare)

del/la sig./sig.ra

nato/a a provincia (o stato estero) e

residente a provincia

in n°

in quanto

Paziente interdetto / inabilitato / amministrato

Deceduto in data / /

Soggetto minore di anni 18

Dichiara inoltre di essere consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i e dalla decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni false e mendaci, sotto la propria responsabilità.

Dichiara di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs 196/2003 e s.m.i., nell'ambito del procedimento e degli adempimenti conseguenti per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma del dichiarante
