	<b>DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA'</b> (artt.38 – e 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)	RSA.MR.61	
		Data: 01.09.2023 Rev. 0	Pag. 1 di 2

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_

Nat\_\_ il \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

- informato, ai sensi di quanto previsto dal D.lgs 196/03, che i dati verranno utilizzati esclusivamente per il rilascio di certificazioni sanitarie;
- consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci;

#### DICHIARA

**Di essere:** ☐ legittimo erede ☐ erede testamentario – Atto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**in qualità di** ☐ marito ☐ moglie ☐ padre ☐ madre ☐ figli\_  
☐ nipote ☐ bisnipote ☐ fratello ☐ sorella ☐ zio/ zia

del/la Sig. \_\_\_\_\_ nat\_\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, Prov. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_, Prov. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

già coniugat\_\_ / vedov\_\_ di \_\_\_\_\_, decedut\_\_ il \_\_\_\_\_

congiuntamente a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

-

#### DICHIARA

DI AVER RILEVATO IN DATA ODIERNA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA IN FORMATO

- ☐ CARTACEO
- ☐ DIGITALE

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

1) ☐ Ai sensi di quanto disposto dall'art.38 D.P.R. 445/2000, attesto che il/la Sig. \_\_\_\_\_


è stat\_\_ da me identificat\_\_ per mezzo del seguente documento \_\_\_\_\_

rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Dipendente addetto

	<b>DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA'</b> (artt.38 – e 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)	RSA.MR.61	
		Data: 01.09.2023 Rev. 0	Pag. 2 di 2

**OVVERO**

2) ☐ Allego alla presente copia fotostatica del seguente documento di identità \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il Dichiarante