

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_ ☐ nonn_
☐ nipote ☐ bisnipote ☐ fratello ☐ sorella ☐ zio/ zia

del/la Sig. _____ nat_ il _____ a _____, Prov. _____

residente a _____, Prov. _____

via _____, n. _____

già coniugat_ / vedov_ di _____, decedut_ il _____

coniuntamente a _____

Castelnuovo G./Barga _____

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 _____

Castelnuovo G./Barga _____

Firma del Dipendente addetto

OVVERO

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

Castelnuovo G./Barga _____

Il Dichiarante



Presidio
Ospedaliero
Valle del
Serchio

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI
NOTORIETA'**
(artt.38 – e 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

**TP HV 06
CART.CLINICHE
Rev. 1
24.11.2014**