

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p>	<p><b>MODULO</b> <b>Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà per richiesta copia cartella clinica o altra documentazione sanitaria di defunto</b> (Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)</p>	<p><b>MR</b> <b>del 01.12.2017</b> <b>Pag. 1/1</b></p>
<p>Area Dipartimentale Piattaforme Amministrative</p>		

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia; consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione e consapevole altresì che ove i suddetti reati siano commessi per ottenere la nomina a un pubblico ufficio, possono comportare, nei casi più gravi, l'interdizione temporanea dai pubblici uffici, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

in relazione all'istanza presentata, di essere

- erede legittimo\** \_\_\_\_\_
- erede testamentario* \_\_\_\_\_
- persona in unione civile* \_\_\_\_\_
- convivente* \_\_\_\_\_

*I dati saranno trattati dall'Azienda, anche con strumenti informatici, per gli adempimenti previsti da Leggi e Regolamenti. Il/la sottoscritto/a ne autorizza il trattamento, compreso quello dei dati sensibili, nel rispetto del Decreto Legislativo 30.06.2003 n. 196 e s.m.i. in materia di protezione dei dati personali di cui al Regolamento Europeo n. 679/2016.*

....., .....

Firma del dichiarante

.....

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero spedita per posta; consegnata a terzi o inviata per fax, per e-mail unitamente a fotocopia di documento di riconoscimento fronte-retro del sottoscrittore.

\_\_\_\_\_  
(qualifica, cognome, nome del pubblico ufficiale che riceve la documentazione)

(\*) Indicare la relazione di parentela e/o la qualità di erede (coniuge, figlio, in mancanza dei predetti, ascendente legittimo o altro).