

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(AI SENSI DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445)

Allegato C

Il sottoscritto /a _____

Nato a _____ (Provincia di _____) il _____

Residente a _____ (Provincia di _____) in Via _____

Sotto la responsabilità e a conoscenza delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

DI ESSERE EREDE DI _____ NATO IL _____

LUOGO DI NASCITA _____ DECEDUTO /A IL _____

GRADO DI PARENTELA ☐ FIGLIO/A ☐ Marito / Moglie ☐ Erede (specificare grado) / Altro _____

DICHIARA ALTRESI' CHE GLI ALTRI EREDI

COGNOME	NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA

NON HANNO MANIFESTATO DISSENSO ALLA RICHIESTA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN ALLEGATO ALLA PRESENTE DICHIARAZIONE

Tutti i dati forniti con la presente dichiarazione saranno trattati per l'istruzione del procedimento amministrativo. Il trattamento dei dati personali avverrà mediante strumenti manuali ed informatici con logiche strettamente correlate alle finalità stesse nel rispetto dell' art. 13 D.Lgs n. 196 del 30 giugno 2003

DATA _____

IL DICHIARANTE _____

NOTA INFORMATIVA :

Il diritto di accesso alla Documentazione Sanitaria di un deceduto, hanno titolo, ciascuno per proprio conto, gli eredi legittimi (il coniuge, i figli e, in mancanza dei predetti, gli ascendenti legittimi e i collaterali se concorrono come legittimari) nonché gli eredi testamentari che provino la loro posizione con dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, corredata da copia di documento di identità o di riconoscimento valido.

Quando tra le persone sopra indicate intervenga dissenso, la decisione va rimessa all'autorità giudiziaria competente.

Fonte Regione Lombardia Manuale della Cartella Clinica

Firma per presa visione ed accettazione della Nota Informativa

DATA _____

IL DICHIARANTE _____

E' OBBLIGATORIO ALLEGARE DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL DICHIARANTE