



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ PER DECEDUTI

La/il sottoscritta/o

Nome e Cognome: _____

Documento d'Identità Numero _____ Scadenza ____/____/____ Rilasciato da _____

Rilasciato da _____ C.F. _____

Mail: _____ Telefono _____

DICHIARA

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione e/o uso di atti falsi, di cui all'art. 76 del medesimo decreto, **di essere**

	Padre
	Madre
	Coniuge
	Convivente
	Figlio
	Altra persona avente un diritto della personalità o di un altro diritto o libertà fondamentale che vuole esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria ex art. 92 del D.Lgs 196/2003, così come modificato dal D.Lgs 101/2018 – INSERIRE LA MOTIVAZIONE :

DI

Nome e Cognome: _____

Comune di Nascita _____ (Prov. _____) Data di Nascita: ____/____/____

Deceduto a _____ (Prov. _____) il ____/____/____

La/il sottoscritta/o, dichiara di aver letto e compreso l'informativa dell'ASST Lariana ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679 (informativa consultabile all'indirizzo <https://www.asst-lariana.it/v2/download/?file=2938>)

Luogo e data	Firma