

Allegato **C**

Data \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÁ

(Art. 4, comma 2, D.P.R. 2000, n. 445)

Il sottoscritto/a

\_\_\_\_\_ nato/a a  
 \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a  
 \_\_\_\_\_ in Via  
 \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
 Telefono/cellulare \_\_\_\_\_ mail  
 \_\_\_\_\_

**Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nella sua qualità di:**

- coniuge (o in sua assenza):  figlio (o in mancanza di questi):  
 parente in linea retta dell'interessato sino al terzo grado \_\_\_\_\_ (nonno/a, padre, madre, nipoti, ..)  
 collaterale dell'interessato sino al terzo grado \_\_\_\_\_ (fratelli, sorelle, nipoti)

**A tutela degli interessi del Sig./Sig.ra sotto indicato ed agendo in suo nome e per suo conto**

\_\_\_\_\_ (nominativo titolare cartella clinica e/o documentazione)  
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ (tel. \_\_\_\_\_)  
 residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

## DICHIARA

**che il/la medesimo/a è impossibilitato/a per un impedimento temporaneo connesso al suo stato di salute, e pertanto in sua vece provvede alla/al richiesta/ritiro della documentazione sotto specificata, sollevando completamente l'Azienda ULSS n. 7 da ogni e qualsiasi responsabilità in proposito:**

cartella clinica  cartella ambulatoriale  certificato di morte con diagnosi  
 (originale)

verbale di Pronto Soccorso  riscontro diagnostico/autopsia  \_\_\_\_\_

Dichiara che la richiesta è motivata per i seguenti usi

\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a è informato/a che i dati forniti con la presente potranno essere utilizzati dall'Azienda Sanitaria ULSS n. 7 ai fini della verifica della esattezza e veridicità delle dichiarazioni rilasciate, nelle forme e nei limiti del DPR 445/2000 (norme sulla autocertificazione)

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

**Allegare alla presente copia di documento identificativo in corso di validità e tessera sanitaria del dichiarante e del soggetto intestatario della cartella clinica/documentazione sanitaria**