

Allegato **B**

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETÀ

(artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_  
 documento di identificazione \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
 Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

### Dichiara sotto la propria personale responsabilità

#### di esercitare

- la responsabilità genitoriale sul minore
- la tutela sull'incapace (allegare copia del decreto di nomina)
- l'amministrazione di sostegno (allegare copia del decreto di nomina)

#### di essere erede legittimo (grado di parentela)

#### di essere erede testamentario (testamento pubblicato a cura del Notaio dott.

\_\_\_\_\_)  
 del /della Sig./ Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

### È consapevole

(ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000)

che in caso di false dichiarazioni accertate dall'Amministrazione precedente, verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera (artt. 71 e 72 D.P.R. 445/2000)

### È a conoscenza

che il trattamento dei dati personali è disciplinato dal GDPR (Regolamento Europeo 679/2016)

Data \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

**N.B.: allegare copie di documento identificativo e tessera sanitaria del dichiarante e del soggetto intestatario della cartella clinica/documentazione sanitaria**