REGIONE DEL VENETO

ULSS7 PEDEMONTANA

C

Data _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(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 .3 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 del richiedente