



CONGREGAZIONE DELLE SUORE
INFERMIERE DELL'ADDOLORATA
OSPEDALE VALDUCE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA dell'ATTO DI NOTORIETA'

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (Prov. _____) il _____

residente a _____ (Prov. _____)

codice fiscale _____

documento d'identità (tipo) _____ n. _____

recapito telefonico _____

sotto la propria 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/a a _____ (prov. _____) il _____

e deceduto/a in data _____

grado di parentela: marito / moglie figlio/a erede (specificare grado) /altro _____

DICHIARA ALTRESI' CHE GLI ALTRI EREDI, PRECEDENTI IN LINEA DI SUCCESSIONE,

COGNOME	NOME	GRADO PARENTELA (con defunto)

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

NOTA INFORMATIVA (fonte: Manuale della cartella clinica Regione Lombardia): hanno titolo al diritto di accesso alla Documentazione Sanitaria di un deceduto, ciascuno per proprio conto, gli eredi legittimi - coniuge, figli e, in mancanza dei predetti, genitori, fratelli, parenti fino al 6° grado, nonché gli eredi testamentari - che provino la loro posizione con dichiarazione sostitutiva di atto notorietà, corredata da copia documento di identità valido.

Quando tra le persone sopraindicate intervenga dissenso, la decisione va rimessa all'Autorità Giudiziaria competente.

Luogo e data _____

IL DICHIARANTE _____

(si allega fotocopia documento di riconoscimento del dichiarante e del defunto)