



PROCEDURA
“GESTIONE EFFETTI/OGGETTI PERSONALI DELL’UTENTE/PAZIENTE”

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

(rilasciata ai sensi degli artt. 38 e 47 del DPR 445/2000)

Il/La sottoscritta

_____ (cognome e nome)

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Domiciliato a _____ in via _____ n° _____

Consapevole delle responsabilità penali, richiamate dall'art. 76 del DPR 21/12/2000 n°445, in caso di dichiarazioni false o mendaci

DICHIARA

di essere:

- coniuge
- figlio/a
- padre
- madre
- altro (specificare) _____

del Sig./Sig.ra _____

nato/a _____ il _____

- Si allega documento di riconoscimento

_____, _____ (Luogo e data)

Il/la Dichiarante

(firma leggibile)