

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

( Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 )

AUSL DI PESCARA  
UFFICIO CARTELLE CLINICHE

Il /la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
( cognome ) ( nome )

nato/a a \_\_\_\_\_ ( luogo ) \_\_\_\_\_ ( prov. ) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ ( luogo ) \_\_\_\_\_ ( prov. )

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(indirizzo)

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 del 28 dicembre 2000

## DICHIARA

1) che il proprio \_\_\_\_\_  
( rapporto di parentela ) ( nome e cognome )

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ e' deceduto/a il \_\_\_\_\_

2) che gli eredi legittimi, consenzienti, sono :

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Pescara .....  
( data )

Il Dichiarante

.....