



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(artt. 46 e 47 del DPR 445/2000)

\_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

In qualità di esercente la Potestà genitoriale del minore – la tutela – la curatela – l'amministrazione di sostegno sul beneficiario della prestazione sanitaria richiesta,

\_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere (artt. 75 e 76 DPR 445/2000) e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato, (documento esente da imposta di bollo ai sensi del DPR 445/2000)

**D I C H I A R A**

di essere nat\_ a \_\_\_\_\_ provincia (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

di essere residente in \_\_\_\_\_ provincia (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

alla via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

con domicilio sanitario nella ASL di \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ rec. tel. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

dichiara inoltre di comunicare tempestivamente a questo UOS DISABILTA' e SUPPORTO PROTESICO qualunque variazione intervenuta successivamente.

Si allega:

- 1) Consenso al trattamento dei dati personali Mod. PRY-INF-010C della ASL di Pescara;
- 2) Fotocopia del documento di identità in corso di validità – “*Genitore + minore*”;
- 3) Fotocopia della tessera sanitaria con relativo codice fiscale – “*Genitore + minore*”.

\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_  
(luogo, data)

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_