



CLINICA FORNACA DI SESSANT

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETÀ  
(ARTT. 46 – 47 dpr 445/00)**

Il sottoscritto Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Documento di identità n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate.

<b>DICHIARA ai sensi art. 46 DPR 445/</b>	<p><input type="checkbox"/> <b>di essere genitore esercente la patria potestà sul minore</b></p> <p>Nato/a a _____ il _____</p> <p>Residente in _____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>di essere tutore/curatore del minore/interdetto/inabilitato/incapace di sottoscrivere</b></p> <p>Nato/a a _____ il _____</p> <p>Residente in _____</p> <p>Di essere in possesso di provvedimento di nomina a _____</p> <p>Prov. N. _____ del _____ che si impegna ad esibire all'atto del ritiro della documentazione o a richiesta dell'Amministrazione</p>
<b>DICHIARA ai sensi art. 47 DPR 445/</b>	<p><input type="checkbox"/> <b>che il/la sig./ra</b> _____</p> <p>Nato/a a _____ il _____</p> <p>Residente in _____</p> <p>è deceduto/a a _____ il _____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>di essere legittimato ai sensi dell'art. 536 del Codice Civile in quanto:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Coniuge</li><li><input type="radio"/> Figlio</li><li><input type="radio"/> Genitore</li><li><input type="radio"/> Altro ascendente _____ (specificare)</li><li><input type="radio"/> Altro discendente _____ (specificare)</li><li><input type="radio"/> Di essere l'erede istituito per testamento non impugnato</li><li><input type="radio"/> Di essere l'erede legittimo ai sensi dell'art. 572 del C.C. e che non esistono né eredi legittimari né eredi testamentari (specificare il grado di parentela)</li></ul> <p>_____</p> <p>Che gli altri eredi sono (indicare cognome, nome, data di nascita e grado di parentela con il de cuius)</p> <p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 _____</p>

Data e Luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Allegare documento di identità per le dichiarazioni ai sensi dell'art.47 DPR 445/00

Per tutte le informazione sul trattamento dei dati del dichiarante, si invita a leggere l'informativa ex art 13 del Regolamento UE n. 2016/679, consultabile sulla pagina internet:  
[https://www.clinicafornaca.it/content/uploads/2021/04/INF.DG\\_.05-Informativa-trattamento-dati-personali-del-delegato-FOR.pdf](https://www.clinicafornaca.it/content/uploads/2021/04/INF.DG_.05-Informativa-trattamento-dati-personali-del-delegato-FOR.pdf)