



Ospedale  
di Cremona

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia  
ASST Cremona

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI  
CERTIFICAZIONE  
(Art. 46 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)**

Il sottoscritto/a (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

di essere:

**genitore** esercente la potestà parentale

del minore: *cognome* \_\_\_\_\_ *nome* \_\_\_\_\_

*nato a* \_\_\_\_\_ *il* \_\_\_\_\_

*residente in* \_\_\_\_\_ *via* \_\_\_\_\_ *n.* \_\_\_\_\_

**tutore**                       **curatore**                       **amministratore di sostegno**

**nominato con provvedimento del Giudice Tutelare n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_**

di: *cognome* \_\_\_\_\_ *nome* \_\_\_\_\_

*nato a* \_\_\_\_\_ *il* \_\_\_\_\_

*residente in* \_\_\_\_\_ *via* \_\_\_\_\_ *n.* \_\_\_\_\_

**erede legittimo** in qualità di \_\_\_\_\_ (specificare parentela)

del defunto: *cognome* \_\_\_\_\_ *nome* \_\_\_\_\_

*nato a* \_\_\_\_\_ *il* \_\_\_\_\_

*deceduto il* \_\_\_\_\_ *a* \_\_\_\_\_

*Il sottoscritto dichiara inoltre di essere stato informato, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.n.196 del 30 giugno 2003, che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

**FIRMA**

\_\_\_\_\_