



Ospedale
Oglio Po

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia
ASST Cremona

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

ACCETTAZIONE RICOVERO
UFFICIO CARTELLE CLINICHE

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. _____

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 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

Si allega Documento d'Identità.
