



Ospedale
Oglio Po

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia
ASST Cremona

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
ATTO NOTORIETÀ**

ACCETTAZIONE RICOVERO
UFFICIO CARTELLE CLINICHE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIETÀ

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 **congiunto** _____ (specificare parentela) del

Sig./a Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____ Via _____ n. _____

€ che il familiare sopra indicato non è attualmente in grado di manifestare le proprie volontà in quanto affetto da patologia che causa compromissione transitoria delle capacità cognitive;

€ che la documentazione clinica del familiare è richiesta nell'interesse dello stesso per le seguenti finalità:

Data _____

FIRMA

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.

Allegato: certificato medico