



RICHIESTA DOCUMENTALE DI UTENTE  
**MINORENNE o INCAPACE:**  
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE / DI NOTORIETA'  
(Art. 46 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

**ALLEGARE 1. COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL DICHIARANTE**  
**2. COPIA DELLA TESSERA SANITARIA DEL MINORE/INCAPACE**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, il  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

di essere:

**coniunto, non** genitore (specificare parentela \_\_\_\_\_) del sig./a  
(cognome nome) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
attualmente non in grado di manifestare le proprie volontà in quanto affetto da temporanea incapacità  
naturale.

di essere:

**rappresentante legale** del minore/incapace  
(cognome nome del minore/incapace) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**ATTENZIONE: COMPILARE SOLO 1 DEI 3 CAMPI IN BASE AL RAPPORTO DI PARENTELA O TUTELA CON  
IL SOGGETTO DI CUI SI RICHIEDE DOCUMENTAZIONE**

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere stato informato, ai sensi articoli 13 e 14 del Regolamento  
679/2016/UE, 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.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del DICHIARANTE