

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO
DI NOTORIETÀ
(Art. 47 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. 47 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:

Allegato: certificato medico

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.