

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

Spett.le Fondazione OIC
Alla c.a. della Direzione Sanitaria

La/Il sottoscritto/a _____

nata/o il _____ a _____

residente a _____ in Via/Piazza _____ n. _____

Recapito telefonico: _____

E-mail/Pec: _____

Documento di identità: carta di identità passaporto patente numero: _____

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.p.r. n. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità,

DICHIARA

di essere (compilare la voce che interessa):

- Tutore di:**

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Nominato con provvedimento del Tribunale di _____ del _____.

- Curatore di:**

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Nominato con provvedimento del Tribunale di _____ del _____.

- Amministratore di sostegno di:**

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Nominato con provvedimento del Tribunale di _____ del _____ che include tra i poteri dell'Amministratore di sostegno anche quello di richiedere la documentazione contenente dati sanitari per conto del proprio assistito.

- Erede Legittimo (entro 6° grado) o Testamentario:**

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

- Altro:** _____

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

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

La/il sottoscritta/o dichiara, altresì, di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445.

La/il sottoscritta/o acconsente che i propri dati personali siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del 27 aprile 2016 e del D.lgs. n. 196/2003.

Luogo e data

Firma per esteso e leggibile del dichiarante

.....