ASLMediocampidano
Azienda socio-sanitaria locale

PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO
della ASL Medio Campidano
Nostra Signora di Bonaria

Ufficio Cartelle Cliniche
Dal lunedì al venerdì
Tel. 070/9378270

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n°445)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
Il_____residente a _____via_____ n°__

Sotto la propria responsabilità e consapevole di quanto disposto dall' art.76 del D.P.R. del 28 dicembre 2000, n° 445 e del codice penale in caso di dichiarazioni false o mendaci

DICHIARA:

- il/la Sig./ra_____nato/a_____il_____
è deceduto/a a_____ il _____

- Gli unici eredi legittimi del/la medesimo/a sono i parenti di seguito elencati:

COGNOME E NOME EREDE	RAPPORTO DI PARENTELA CON IL DEFUNTO	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	RESIDENZA (CITTA'-INDIRIZZO)

Dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del decreto legislativo 30/06/2003 n°196 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

Data_____ Il/la Dichiarante

_____

Si allega copia del documento di identità del dichiarante