

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

ALLA DIREZIONE MEDICA DI _____ DATA ____/____/____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ Prov. (____)

il ____/____/____ residente a _____ n via _____ n. _____ CAP _____

documento valido di identità _____ n° _____ n°tel. _____

valendosi delle disposizioni di cui all'art.46 del DPR n. 445/2000 e **consapevole** delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000:

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' di esercitare

la responsabilità genitoriale sul minore _____

nato/a a _____ il _____

*la tutela su _____

nato/a a _____ il _____

* l'amministrazione di sostegno per _____

nato/a a _____ il _____

*** esibire decreto valido di nomina**

di essere erede

legittimo con grado di parentela _____

per testamento di _____

nato/a a _____ il ____/____/____/deceduto/a il ____/____/____

Si dichiara consapevole:

-che ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 196/2003 i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti al fine del procedimento per il quale sono richiesti e saranno trattati, anche con strumenti in formatici, esclusivamente per tale scopo;

-che la presente richiesta viene accolta solo se completa in ogni sua parte.

FIRMA DEL DICHIARANTE _____

L'OPERATORE U.C.C. _____