

FONDAZIONE BOTTAINI DE'
CAPITANI – O.N.L.U.S.

RICHIESTA COPIA DI FASAS

Alla Direzione Sanitaria

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ Cap _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ n° _____

Documento di identità n° _____ scadenza _____

Chiede in qualità di:

Ospite

Tutore/Curatore di persona interdetta o inabilitata

Amministratore di sostegno con delega specifica alla tutela della salute

Erede legittimo/Erede testamentario – Grado di parentela: _____

Erede che agisce in nome e per conto degli altri coeredi (Grado di parentela: _____), dei quali ha ottenuto l'assenso, assumendosene tutte le responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti o dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 DPR 28/12/2000 n° 445.

Altro _____

Copia conforme della documentazione clinica di:

Cognome e nome _____ Sesso: M F

Nato/a il _____ a _____

Documento di identità n° _____ scadenza _____

Codice Fiscale _____

Ricoverato presso il reparto: _____

Luogo e data

Firma del richiedente

Il sottoscritto, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati, acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Luogo e data

Firma del dichiarante

ALLEGATI RICHIESTI:

- Copia documento d'identità del richiedente
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà relativa agli eredi

Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà
(art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

La/il sottoscritta/o
nata/o a il.....
residente a in via..... n.....
in qualità di

è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che , inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000). E' informato ed autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell' art. 10 della L. 675/96 e

D I C H I A R A C H E

(cognome e nome).....
nata/o a il
era residente nel Comune di
è deceduto a il.....
che gli eredi sono:

n	cognome e nome	luogo di nascita	Data nascita	rapporto parentela
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Che
 ha lasciato testamento
 non ha lasciato testamento

Luogo e data _____ Il dichiarante _____

**AUTENTICA DELLA SOTTOSCRIZIONE
COMUNE DI.....
Provincia di.....**

Io sottoscritto.....in qualità di funzionario incaricato del Comune diai sensi dell'art. 21 del DPR 445/2000, attesto che la sopra riportata sottoscrizione è stata apposta in mia presenza dal/dalla dichiarante, della cui identità mi sono accertato/a previa esibizione del seguente documento:.....n..... rilasciato in data..... da.....
Si rilascia in carta.....

Luogo e data Il Funzionario incaricato

Il presente certificato ha validità sei mesi e non può essere presentato agli organi della Pubblica Amministrazione o ai privati gestori di pubblici servizi.

Dichiaro, altresì, di acconsentire alla richiesta di conferma della corrispondenza di quanto ho dichiarato con le risultanze dei dati custoditi dall'amministrazione competente al rilascio della relativa certificazione.