



**A.S.L. TO4**

Azienda Sanitaria Locale  
di Cirié, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11- 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA' (artt. 46- 47 DPR 445/00)**

Il sottoscritto Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in  
atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

<b>DICHIARA ai sensi art. 46 DPR 445/00</b>	◇ <b>di essere genitore esercente la potestà sul minore</b> _____
	nato/a a _____ il _____ residente in _____
<b>DICHIARA ai sensi art. 46 DPR 445/00</b>	◇ <b>di essere il tutore/curatore del minore/interdetto/inabilitato/incapace di sottoscrivere</b> _____
	nato/a a _____ il _____ residente in _____ di essere in possesso di provvedimento di nomina a _____ Prov. N. _____ del _____ che si impegna ad esibire all'atto del ritiro della documentazione o a richiesta dell'Amministrazione.

<b>DICHIARA ai sensi art. 47 DPR 445/00</b>	◇ <b>che il/la sig.</b> _____ nato/a a _____ il _____ residente in _____ è decedut_ a _____ il _____
	◇ <b>di essere legittimato ai sensi dell'art. 536 del Codice Civile in quanto:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• coniuge</li><li>• figlio</li><li>• genitore</li><li>• altro ascendente _____ (specificare)</li><li>• altro discendente _____ (specificare)</li><li>• di essere l'erede istituito per testamento non impugnato</li><li>• di essere l'erede legittimo ai sensi dell'art 572 del C.C. e che non esistono né eredi legittimari né eredi testamentari (specificare il grado di parentela)</li></ul> _____
che gli altri eredi sono (indicare il cognome e nome, data di nascita e grado di parentela con il de cuius)	
1. _____	
2. _____	
3. _____	

Data e luogo \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
(allegare documento di identità per le dichiarazioni ai sensi dell'art. 47 DPR 445/00)

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/03 si precisa che i dati personali di cui sopra saranno trattati in modo lecito e corretto per la sola finalità del rilascio della copia della cartella clinica.



REGIONE  
PIEMONTE