



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 21 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a prov. il
residente a Cap..... in via
Codice Fiscale.....

in relazione al procedimento per la Richiesta di copia del Fascicolo Sanitario-Sociale, consapevole della responsabilità penale, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti a seguito del provvedimento adottato, così come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

di rivestire la qualità di erede del Sig./Sig.ra.....
(parentela.....) nato/a a
il.....e dimesso/a - deceduto/a dalla CSS di ASPEF il.....

Privacy: ai sensi del art.13 del Reg. UE 16/679 si informa che i dati saranno trattati da ASPEF in qualità di Titolare del trattamento, nel rispetto dei diritti a lei riservati (artt.15-22), con strumenti informatici e telematici, esclusivamente ai fini del provvedimento per il quale è presentata la presente istanza/dichiarazione, che essi potranno essere comunicati a terzi aventi diritto e che saranno conservati limitatamente alle finalità espresse. Informativa completa presso www.aspefmantova.it. Responsabile protezione dati contattabile all'indirizzo privacy@aspefmantova.it

di **acconsentire** al trattamento dei miei dati, qui rilasciati, per le finalità espresse nella su esposta informativa.

Mantova, lì..... Firma del dichiarante.....

(Allegare Documento di Identità in corso di validità)