



DIREZIONE AREA OSPEDALIERA
Ufficio Cartelle Cliniche
Tel. 0165/543240 - Fax 0165/543631

MODELLO E

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
DI ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 DPR 445/2000)**

Il/La sottoscritt _____
nat_ 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

DICHIARA

che il/la Sig. _____
nat_ a _____ il _____
residente in _____
è decedut_ a _____ il _____

di essere legittimato ai sensi dell'Art. 536 in quanto:

- coniuge
- figlio
- genitore
- altro ascendente _____ (specificare)
- altro discendente _____ (specificare)
- di essere l'erede istituito per testamento non impugnato
- di essere l'erede legittimo ai sensi dell'art. 572 e che non esistono né eredi legittimari né testamentari (specificare il grado di parentela) _____

che gli altri eredi sono (indicare il nome, data di nascita e il grado di parentela con il de cuius)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Data e Luogo _____ Firma _____
(allegare documento d'identità)

Ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e del D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs 101/2018, si informa che il trattamento dei dati personali personali sarà improntato a liceità e correttezza nel pieno rispetto di quanto stabilito della citata normativa e dei relativi obblighi di riservatezza. I dati, il cui conferimento è obbligatorio, verranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Sono fatti salvi, in ogni caso, i diritti di cui agli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679. Si precisa che l'informativa al trattamento dei dati dell'Azienda U.S.L Valle d'Aosta è pubblicata in forma completa sul sito www.ausl.vda.it, nella sezione Privacy"

Firma del responsabile del procedimento _____