



Il/La sottoscritto/a sig./ra _____
nato/a _____ (prov _____) il _____ Cod. Fisc.
_____ e residente in _____
(prov. _____) via _____ n. _____, documento tipo
_____, n. _____, rilasciato da
_____ in data _____,

DICHIARA

(Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi del D.P.R. 445/2000, art. 47)

di essere un erede legittimo del/della Sig./Sig.ra
_____ deceduto/a il _____, con
il/la quale ha la seguente relazione di parentela _____

e, pertanto, di avere pieno diritto a richiedere copia della documentazione sanitaria di cui all'allegata richiesta, sollevando la Casa di Cura Santo Volto da ogni responsabilità, anche in relazione allo smarrimento o alla visione della stessa da parte di terzi non autorizzati, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000.

Data _____

Firma _____

A tal fine, ha preso visione, letto e compreso integralmente l'[informativa](#) in materia di tutela dei dati personali della struttura, presente sul banco della reception nonché sul sito internet, rilasciata ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/2016 ed autorizza il trattamento dei dati personali

Data _____

Firma _____

N.B. Allegare copia del documento di identità