

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
(ART. 47 D.P.R. 28.12.2000 n.445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000

**DICHIARA**

di essere  **curatore**  **tutore**

del signor \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ intestatario della cartella clinica di cui viene richiesta copia

come da atto n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

**Il/la sottoscritto/a è informato che i dati forniti con la presente potranno essere utilizzati dall'AUSL di Piacenza ai fini della verifica della esattezza e veridicità delle dichiarazioni rilasciate, nelle forme e nei limiti del DPR 445/2000 (norme sulla autocertificazione)**

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

Avvertenze:

**Ai sensi dell'art.38, D.P.R.445 del 28.12.2000, la dichiarazione é sottoscritta dall'interessato in presenza del Dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento d'identità del Dichiarante, all'Ufficio competente via fax, tramite un incaricato oppure a mezzo posta.**

**Firma dell'operatore che ha raccolto la dichiarazione \_\_\_\_\_  
e che ha verificato l'identità del dichiarante.**