

<p align="center">DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (AUTOCERTIFICAZIONE) (Art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)</p>	<p align="center">  Istituto Dermopatico dell'Immacolata I.R.C.C.S </p>	<p align="right"><i>All.3</i></p> <p align="right"><i>Versione 1/2015</i> <i>Pag. 11 di 11</i></p>
---	--	--

Il sottoscritto Sig.:

Documento id. (allegare copia).....rilasciato da.....il.....in qualità di erede del
fu..... nato a.....il.....deceduto a il.....
consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazione non veritiera, di formazione o uso di atti falsi, richiamate
dall'art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

di essere legittimo erede;

Che gli unici eredi legittimi sono i seguenti e non ve ne sono altri oltre ad essi:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela

Dichiara di ritirare copia conforme della cartella clinica n°**di**.....

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere informato , ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

data **(Firma per esteso)**.....

(L'Addetto allo sportello).....

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate a una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. N.B. Allegare copia di tutti i documenti di identità.