

<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.4</i></p> <p align="right"><i>Versione 1/2015</i> <i>Pag. 12 di 12</i></p>
---	--	--

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra:.....

Documento di identità..... rilasciato da.....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 ritirare copia conforme della cartella clinica di

e, a tal fine,

dichiara di essere

- genitore esercente la potestà genitoriale;
- tutore (come da allegata documentazione);
- altro (specificare).....

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, 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 fotocopia documenti di identità.*