

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI
NOTORIETA'**

(art.4 Legge 4.1.1968 n. 15)

M DMP 031**Rev. 02****Pag. 1 di 1**

14.09.2016

SCOPO DELLA DICHIARAZIONE:**richiesta fotocopia della cartella clinica/documentazione sanitaria**

Il sottoscritto _____ nato a _____
 il _____, residente in _____ via _____ n. _____
 avanti a _____

DICHIARA

che gli eredi legittimi di _____ sono:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

Letto, confermato, sottoscritto.

(luogo e data)

(IL DICHIARANTE)

Attesto che il dichiarante Sig./a _____

identificato in base al documento di identità n. _____
 ha, previa ammonizione sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di
 dichiarazione mendace, resa e sottoscritta in mia presenza la sua estesa dichiarazione.

(luogo e data)

(IL FUNZIONARIO INCARICATO)

