

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

La/il sottoscritta/o _____

nata/o a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n. ____/Int. _____

TEL. _____ e-mail _____

è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

E' informato ed autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi del D.Lgs. 196 30/6/2003 "Codice in materia di trattamento dei dati personali".

DICHIARA

che la famiglia convivente (dalla data ____/____/____) è composta come risulta dal seguente prospetto:

N.	COGNOME E NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	RAPPORTO PARENTELA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

La/Il dichiarante

Data _____

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000

La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi.

Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000).

La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art.74 comma 1 D.P.R. 445/2000).

