



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
**ai sensi dell'art. 46 DPR 445/2000 e s.m.i.**  
**da compilare in caso di richiesta di documentazione sanitaria**  
**per conto di soggetti terzi**

Data ..... / ..... / ..... luogo .....

Il/la sottoscritto/a .....

nato/a a ..... provincia (o stato estero) ..... il .....

e residente a ..... provincia .....

in ..... n° ..... telefono .....

documento di identità ..... n° ..... data rilascio .... / .... / .....

rilasciato da .....

DICHIARA di essere :

**Tutore/Curatore /Amministratore**

**Erede**

**Esercente la potestà genitoriale in qualità di**

**genitore**

**tutore legale**

**Altro (specificare) .....**

del/la sig./sig.ra .....

nato/a a ..... provincia (o stato estero) ..... e

residente a ..... provincia .....

in ..... n° .....

in quanto

**Paziente interdetto / inabilitato /amministrato**

**Deceduto in data ..... / ..... / .....**

**Soggetto minore di anni 18**

Dichiara inoltre di essere consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i e dalla decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni false e mendaci, sotto la propria responsabilità.

Dichiara di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs 196/2003 e s.m.i., nell'ambito del procedimento e degli adempimenti conseguenti per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**Firma del dichiarante**

\_\_\_\_\_