

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(D.P.R. 445/2000)

- DELEGA -

Il sottoscritto Sig. \_\_\_\_\_ consapevole, secondo quanto prescritto dal D.P.R. 445/2000, della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, falsità negli atti ed uso di atti falsi:

### DICHIARA

- 1) di essere nato a \_\_\_\_\_
- 2) di essere cittadino Italiano \_\_\_\_\_
- 3) di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(Doc. Identità: tipo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_)
- 4) di delegare al ritiro della propria cartella clinica; richiesta in data \_\_\_\_\_  
Il/la Sig: \_\_\_\_\_  
(Grado di parentela) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(Doc. Identità: tipo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_)

N. B.: SI INVITANO I SIG. DELEGATI A PRESENTARSI CON VALIDO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO.

*In fede*  
*Il Dichiarante*

\_\_\_\_\_, // \_\_\_\_\_

Attesto che il dichiarante Sig. \_\_\_\_\_ identificato in base al documento d'identità suddetto, ha reso e sottoscritto in mia presenza la sua estesa dichiarazione.

*Il Funzionario Addetto*

\_\_\_\_\_, // \_\_\_\_\_