

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
DI ATTO DI NOTORIETÀ
(Art. 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)**

Il sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ via _____ n. _____

codice fiscale _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

➤ di _____ essere _____ congiunto _____ (specificare _____ parentela
_____ del sig./a _____ cognome
_____ nome _____ nato a
_____ il _____ residente in
_____ via _____ n. _____

➤ che il familiare sopra indicato non è attualmente in grado di manifestare le proprie volontà in quanto affetto da patologia che causa compromissione transitoria delle capacità cognitive;

➤ che la documentazione clinica del familiare è richiesta nell'interesse dello stesso per le seguenti finalità:

Data: _____ FIRMA _____

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 s'informa che i dati e le informazioni raccolti nella presente dichiarazione verranno utilizzati unicamente per le finalità per le quali sono state acquisiti.

Data: _____ FIRMA _____

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s.m.i., la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via email, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.