

**Direzione Sanitaria****+39 0434 659326****dirsan@cro.it****DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETÀ**

Art. 4 L. n. 15/68 e successive modifiche e integrazioni; Art. 2 D.P.R. n. 103/98; Art. 19 e 47 D.P.R. 445/00

Il/La sottoscritto/a _____

dichiara di essere nato/a a _____ il _____

di essere residente a _____ in via _____ n. _____

di essere legittimo/a erede in qualità di _____

del/della Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____ e deceduto/a il _____

Dichiara di essere informato, secondo quanto previsto dagli artt. 13 e 14 del Reg. UE 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data _____

Il dichiarante _____

Secondo quanto previsto dall'art. 38 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata, insieme alla fotocopia di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato a mezzo posta.