

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Da compilare solo se la documentazione sanitaria richiesta è relativa ad un paziente deceduto)

Al Direttore Sanitario della Casa di Cura Villa Angela Srl

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ e residente a _____ in via _____

DICHIARA

in relazione all'istanza presentata, di essere LEGITTIMO/A EREDE (specificare grado di parentela):

del/la paziente _____ nato/a _____

il _____ e deceduto/a il _____

e, come tale legittimo erede, di avere diritto a richiedere e ritirare/ricevere la documentazione clinica, avendo l'assenso di altri eventuali eredi, assumendosi tutte le responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste per ipotesi di falsità in atti o dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art.76 del DPR 28 dicembre 2000 n° 445 ss.mm.ii.

Letto, confermato e sottoscritto.

Luogo e Data

Firma del Dichiarante
