



MOD. ALL. 2

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI NOTORIETÀ (art. 46, D.P.R. 445/2000)

RICHIESTA INFORMAZIONI E/O SEGNALAZIONE SOGGETTO DELEGATO

IL/LA SOTTOSCRITTO/ (nome e cognome) _____

nato/a a _____ il _____

codice fiscale _____

e residente in _____

via/piazza _____ n. _____

**CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ E DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE
DALL'ART. 76, DPR 445/2000, PER LE IPOTESI DI DICHIARAZIONI MENDACI**

**DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ DI ESSERE MUNITO DI APPOSITA DELEGA
E DI ESSERE**

☐ il tutore ☐ curatore ☐ coniuge ☐ figlio/a ☐ fratello/sorella ☐ padre ☐ madre

☐ altro (specificare) _____

del paziente (indicare nome e cognome del delegante) _____

nato/a _____ il _____ codice fiscale _____

Con riferimento all'episodio di cura e/o prestazione sanitaria eseguito e/o effettuata presso
_____ (indicare struttura) in data _____ nei confronti del
paziente delegante di cui sopra

RICHIEDO INFORMAZIONI E/O SEGNALE

Data _____ Firma _____

Si allega:

- copia di un documento d'identità e della tessera sanitaria in corso di validità del delegante e del delegato