

S.C. DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO
ASTI**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**
(artt. 38 e 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

il/la sottoscritto/a:

nato/a a : il:

residente a:

via/piazza n.

DICHIARA

di essere legittimo/a erede in qualità di

del/la Sig./ra

nato/a a : prov.

il: deceduto/a in data:

Asti, il dichiarante _____
(firmato in originale)

spazio riservato all'Asl AT

Io sottoscritto attesto che il/la dichiarante Sig./ra:

identificato/a mediante

ha sottoscritto in mia presenza la sua estesa dichiarazione.

Asti, l'operatore _____

spazio riservato all'Asl AT

Io sottoscritto attesto, ai sensi dell'art. 4 D.P.R. n. 445/2000, che la dichiarazione su estesa è stata resa in mia presenza dal dichiarante, identificato mediante documento

che non sa firmare che non può firmare

Asti, l'operatore _____

spazio riservato al dichiarante

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto l'informativa di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196/2003 in materia di protezione dei dati personali.

Asti, il dichiarante _____
(firmato in originale)

Modalità di invio e sottoscrizione (artt. 35 e 38 DPR n. 445/2000)

La firma in calce alla dichiarazione deve essere apposta in presenza dell'operatore di sportello, previa esibizione da parte del dichiarante di valido documento di identità (carta di identità. Sono equipollenti alla carta di identità: il passaporto, la patente di guida, la patente nautica, il libretto di pensione, il patentino di abilitazione alla conduzione di impianti termici, il porto d'armi, le tessere di riconoscimento, purché muniti di fotografia e di timbro o di altra segnatura equivalente, rilasciate da un'Amministrazione dello Stato). La presente dichiarazione può essere trasmessa via fax (0141.486263) o per posta unitamente a copia fotostatica non autenticata di un valido documento del sottoscrittore.