

S.C. DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO  
ASTI**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(Art. 46 D.P.R. 28.12.2000 N. 445)

il/la sottoscritto/a:

nato/a a :  il:

residente a:  prov.

via/piazza  n.

**DICHIARA**

di essere stato nominato con provvedimento n.  in data   
del Tribunale di  in qualità di

TUTORE  CURATORE  AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

del/la Sig./ra

nato/a a :  prov.

il:  residente a

via/piazza  n.

Asti,  il dichiarante \_\_\_\_\_  
firmato in originale

**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 \_\_\_\_\_

**spazio riservato all'Asl AT**

Firma leggibile dell'operatore che ha ricevuto

la dichiarazione sostitutiva di certificazione: \_\_\_\_\_