



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETÀ  
(Art. 47, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

**IN CASO DI ASSISTENZA PER VISITA SPECIALISTICA O MALATTIA**

l\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_

Nat\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell’art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

**Di aver accompagnato il:**

- Genitore
- Figlio/a
- Coniuge fratello/sorella affetto da grave infermità come da certificazione medica

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

Catania li \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

si conferma che il sig. \_\_\_\_\_ ha sottoscritto la dichiarazione in mia presenza.

IL FUNZIONARIO INCARICATO

\_\_\_\_\_

**o in alternativa**

**SE INVIATA ALLEGARE**

copia fotostatica di documento di identità in corso di validità

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

INFORMATIVA (art.10, L. 675/1996)

L’Azienda Ospedaliero Universitaria “Policlinico - Vittorio Emanuele” di Catania - informa che il trattamento a cui saranno sottoposti i dati richiesti o acquisiti è diretto esclusivamente all’assolvimento da parte dell’Azienda medesima delle finalità che le competono istituzionalmente, nel rispetto della L. 675/96. Titolare del trattamento dei dati è l’Azienda Ospedaliero - Universitaria “Policlinico - Vittorio Emanuele” di Catania.