



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETÀ
(Art. 46, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

IN CASO DI ASSISTENZA PER RICOVERO

Il 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 assistito in data ____/____/____

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.