

DICHIARAZIONE DELL'ATTO SOSTITUTIVO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000 n° 445)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il _____ residente a _____ via _____

TITOLARE	
----------	--

FAMILIARE	
-----------	--

Indicare il grado di parentela _____

TUTORE	
--------	--

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n° 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DELEGA

Il/la Sig. _____ ad effettuare per suo nome e conto la:

- ☐ Pratica di Assistenza Integrativa
- ☐ Pratica di Esenzione del Ticket
- ☐ Pratica di scelta e/o revoca del Medico di famiglia

In quanto impossibilitato/a a recarsi di persona presso i vostri uffici.

(luogo e data)

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs n°196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

IL DICHIARANTE

Si allega copia fotostatica del documento di identità del sottoscrittore.