



Ospedale  
di Cremona

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Cremona

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI  
ATTO DI NOTORIETÀ  
(Art. 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)**

Il sottoscritto/a (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

- di essere **congiunto** (specificare parentela

\_\_\_\_\_ ) del sig./a cognome

\_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ nato a

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in

\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

- che il familiare sopra indicato non è attualmente in grado di manifestare le proprie volontà in quanto affetto da patologia che causa compromissione transitoria delle capacità cognitive;
- che la documentazione clinica del familiare è richiesta nell'interesse dello stesso per le seguenti finalità:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allegato: certificato medico

Data: \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere stato informato, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.n.196 del 30 giugno 2003, che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.