



DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
UFFICIO CARTELLE CLINICHE
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 D.P.R: 28/12/2000 n° 445)

Il /la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____ via _____ n° _____

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 445/2000,
in caso di dichiarazioni mendaci

D I C H I A R A D I E S S E R E

- ☐ Padre / madre del minore
- ☐ Tutore / legale rappresentante
- ☐ Erede _____ (indicare il rapporto di parentela con il defunto /a)

Del/Ila sig./ra _____

Nato/a _____ il _____

Foggia, ____/____/200____

Firma
