



**DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO**  
**UFFICIO CARTELLE CLINICHE**  
**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**  
**DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
( art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n°445 )

Il / La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

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

**DICHIARA**

*Che la composizione familiare anagrafica del defunto/a è la seguente :*

cognome e nome	Luogo e data di nascita	Parentela	Annotazioni
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Foggia , \_\_\_\_\_

*Il Dichiarante*

\_\_\_\_\_

*Dichiara, altresì, 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 de procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*