

 <p>Ospedale Maggiore di Lodi Distretti e Presidi Lodigiani</p> <hr/> <p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Lodi</p>	<p>MODULO AUTOCERTIFICAZIONE (della qualità di persona esercente la potestà genitoriale/tutore/curatore/amministratore di sostegno) oppure DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO</p>	<p>Cod: IO.20-Mod.3 Rev.1</p> <hr/> <p>Data: 04/06/2021 Pagina 1 di 1</p>
<p>Piazza Ospitale, 10 - 26900 Lodi</p>		

**AUTOCERTIFICAZIONE DELLA QUALITA' DI
PERSONA ESERCENTE LA POTESTA' GENITORIALE
TUTORE/CURATORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
(ART. 46 – D. P. R. 28 DICEMBRE 2000 n. 445)**

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ Prov. _____ via _____ n° _____
documento d'identità n. _____

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti ed informato/a ai sensi della normativa vigente che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, sotto la propria responsabilità

DICHIARO DI ESSERE

- Persona esercente la potestà genitoriale**
 Tutore/Curatore di persona interdetta o inabilitata o di minore o di minore emancipato
 Amministratore di sostegno con delega specifica alla tutela della salute

di _____ nato/a a _____ il _____

Data _____

Firma _____

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
DELLA QUALITA' DI EREDE
(ART. 47 – D. P. R. 28 DICEMBRE 2000 n. 445)**

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ Prov. _____ via _____ n° _____
documento d'identità n. _____

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti ed informato/a ai sensi della normativa vigente che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, sotto la propria responsabilità

DICHIARO DI ESSERE

- EREDE LEGITTIMO** (specificare il grado di parentela) _____
 EREDE TESTAMENTARIO

di _____ nato/a a _____ il _____

deceduto/a in data _____

Data _____

Firma _____