

<b>DOMUS NOVA</b> <b>Ospedale Privato</b> <b>Accreditato</b>	<b>DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO</b> <b>DI NOTORIETÀ</b> <small>(Art. 4 Legge 04/01/68, N° 15/05/97, N° 127-D.P.R. 20/10/98, N°403)</small>	<b>R240</b> <b>Rev. 1</b> <b>Pag 1 di 1</b> <small>Data di applicazione 01/08/05</small>
--	---	---

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

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

Residente a \_\_\_\_\_ Via/P.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Consapevole della responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità (art. 26 Legge 04/01/69, n°15)

### DICHIARA

Con riferimento alla richiesta di copia di cartella clinica di essere il legittimo erede

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

data \_\_\_\_\_

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_