

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