

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 4 e 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)
nato/a a _____ (_____) il _____
(comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato) (prov.)
residente a _____ (_____) in _____ n. _____
(comune di residenza) (prov.) (indirizzo)
tel. _____ e-mail _____

in qualità di:

- interessato
- coniuge
- genitore esercente la patria potestà
- tutore legale
- amministratore di sostegno
- per conto di persona temporaneamente impedita
- per conto di chi non sa o non può firmare
- figlio
- altro _____

DICHIARA

che il/la sig./ra/minore _____
(cognome) (nome)
nato/a a _____ (_____) il _____
(comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato) (prov.)
residente a _____ (_____)
(comune di residenza) (prov.)
in _____ n. _____
(indirizzo)
e-mail _____

non ha potuto usufruire della prestazione di _____
prenotata per il _____ presso l'ospedale di _____
per _____ il _____ seguente
motivo: _____

di cui allega comprovante documentazione.

Data _____ Il Dichiarante _____

Data _____ Il Ricevente _____
(per ricevuta) (cognome e nome leggibile, servizio in cui opera, timbro)

La dichiarazione sostitutiva da produrre agli organi della P.A. o ai gestori/esercenti di pubblici servizi è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto a riceverla, ovvero sottoscritta e **presentata unitamente a fotocopia non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore**. Tali modalità operative garantiscono l'autenticità della sottoscrizione ai sensi dell'art. 21 comma 1 DPR 445 del 2000.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003:

i dati personali sopra richiesti verranno utilizzati esclusivamente ai fini del procedimento relativo al recupero della penalità prevista per la mancata disdetta nei termini di una prestazione sanitaria prenotata (DGRV 600/2007). Al titolare i dati spettano i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. 196/2003