

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVE DELL'ATTO DI NOTORIETA'
Art. 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

Autocertificazione di stati, qualità personali o atti relativi ad altri soggetti di cui si ha
diretta conoscenza

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

Medico di Famiglia cod. reg. n. _____ afferente al Distretto n. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000

D I C H I A R A

che il/la Signor/a C.F.
mio/a assistito/a è deceduto/a in data nel Comune di

Si chiede pertanto la cancellazione dagli elenchi iscritti al SSN dalla suddetta data.

(luogo e data)

IL MEDICO DI FAMIGLIA

Informativa, ai sensi e per gli effetti di cui al D.L.gs n. 196/2003: i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informativi, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Ai sensi dell'art. 38 DPR 445 del 28/12/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto

Allegare fotocopia del documento identità del Medico di Famiglia.

Da: operatore _____ Distretto _____ Data _____