



**ASL**  
CITTÀ DI TORINO

**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE PIEMONTE**

Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"

Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 94

Cod. fiscale/P.I. 11632570013

Sede legale: Via San Secondo, 29 - 101208 Torino

011/5661566 011/4393111

MODULO D

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

**(Art. 47 del D.P.R. n. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste dall'Art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

**DICHIARA**

che il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
è deceduto/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

di essere legittimato ai sensi dell'Art. 536 C.C. in quanto:

- coniuge
- figlio
- genitore
- erede istituito per testamento non impugnato
- di essere l'erede legittimo ai sensi dell'Art. 572 C.C. e che non esistono né eredi legittimari né testamentari (specificare il grado di parentela) \_\_\_\_\_
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

che gli altri eredi sono (indicare il nome, data e luogo di nascita e il grado di parentela con il de cuius)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

**Informativa ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento Europeo N° 2016/679 del 27/04/2016:** i dati sopra riportati sono raccolti ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo, comunque, nell'ambito dell'attività istituzionale dell'ASL Città di Torino, titolare del trattamento. L'interessato, può esercitare con le limitazioni previste dall'articolo 23, e nel rispetto della normativa vigente i diritti previsti dagli Artt. da 15 a 22 del GDPR 2016/679.

Data e luogo \_\_\_\_\_ Firma del Dichiarante \_\_\_\_\_  
(allegare documento d'identità in corso di validità)

L'OPERATORE ADDETTO \_\_\_\_\_