

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 _____