



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE PIEMONTE

Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"

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

Cod. fiscale/P.I. 11632570013

Sede legale: Via San Secondo, 29 – 10128 Torino

☎ 011/5661566 ☎ 011/4393111

## **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**

**(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 \_\_\_\_\_

e di essere legittimario 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) \_\_\_\_\_

### **DICHIARA, inoltre,**

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. \_\_\_\_\_

***Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (art. 47 del DPR 445/2000) (All. 12)***

**Informazioni in merito al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)**

Il sottoscritto è consapevole che i dati personali conferiti nella presente dichiarazione sono oggetto di trattamento informatico e/o manuale e potranno essere utilizzati esclusivamente per gli adempimenti di legge connessi al procedimento di accesso avviato con l'istanza, di cui la presente dichiarazione è parte integrante. I dati saranno trattati dall'ASL Città di Torino, in qualità di Titolare del trattamento, nel rispetto delle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679 con le modalità previste nell'informativa completa allegata al modello di istanza e a cui si rimanda.

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

L'OPERATORE ADDETTO

\_\_\_\_\_