



**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
tel. 011/5661566 fax 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
