



Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico  
"G. Rodolico - San Marco"  
CATANIA

Alla Direzione Medica di Presidio  
A.O.U. Policlinico "G. Rodolico - San Marco" di Catania  
**Ufficio Cartelle Cliniche**  
 P.O. G.Rodolico  
 P.O. S.Marco

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' -  
PER I SOGGETTI "LEGITTIMARI" (Art. 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
con recapito telefonico \_\_\_\_\_,

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 28.12.2000 n. 445, sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA**

di essere erede legittimo/a del sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ deceduto/a in data  
\_\_\_\_\_, grado di parentela:

- Coniuge
- Figlio/i
- Fratello/i e sorella/e
- Altro \_\_\_\_\_.

e pertanto di essere legittimato alla richiesta e ritiro del documento sanitario:

- Cartella Clinica n° \_\_\_\_\_
- Altra documentazione \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a è pienamente consapevole della responsabilità civile e penale che si assume con il ritiro della documentazione predetta, vincolato/a dal segreto di riservatezza.

Si allega alla suddetta richiesta, copia di valido documento di identità.

Il Dichiarante

Catania, \_\_\_\_\_

*Il sottoscritto autorizza, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del R.E. 2016/679, l'amministrazione dell'AOU Policlinico "G. Rodolico - San Marco" di Catania al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e formati successivamente, per le finalità espresse.*

Il Dichiarante

Catania, \_\_\_\_\_