



**Casa di cura "VILLA SERENA" S.p.A.**

**CENTRO DI RIABILITAZIONE  
CARDIOCIRCOLATORIA, RESPIRATORIA,  
NEUROMOTORIA E LUNGODEGENZA**

**Direttore Sanitario: Dott. Gian Piero ICARDI**

**10045 PIOSSASCO, Via Magenta 45**

**Telefono: 011/90.39.888(centralino) – 011/90.39.820 (prenotazioni)**

**E-mail: [posta@villaserenapiossasco.it](mailto:posta@villaserenapiossasco.it)**

**Sito Internet: <http://www.villaserenapiossasco.it>**

**MODULO  
R4**

**Rev. 2  
16/01/2024**

## **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ (Art.47 D.P.R. 445/2000)**

Io sottoscritto/a

Nome ..... Cognome .....

Nato/a a ..... prov. (.....) il .....

Residente a ..... Via .....n° .....

Cap ..... Provincia ..... Telefono ..... Cellulare .....

**Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 in caso di  
dichiarazione mendace, falsità in atti ed uso di atti falsi**

**DICHIARO di essere:**

- Genitore esercitante la potestà                       Curatore                       Tutore  
 Amministratore di sostegno                       Erede (legittimo o testamentario)

di: Nome ..... Cognome .....

**ed allo scopo produco documentazione idonea ad attestare il mio stato ed autorizzarmi  
legittimamente a ricevere copia di cartella clinica.**

**Qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai  
benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione  
non veritiera.**

Data ... Firma .....

---

**Esente da autentica firma ai sensi dell'art.3, comma 10 L. 127/97 ed esente da imposta di bollo  
ai sensi dell'art. 14 Tab. b D.P.R. 642/72.**

*Ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), la raccolta dei dati personali resa  
in detta dichiarazione è finalizzata esclusivamente al rilascio della documentazione sanitaria  
richiesta.*