



**Casa di cura "VILLA SERENA" S.p.A.**  
CENTRO DI RIABILITAZIONE  
CARDIOCIRCOLATORIA, RESPIRATORIA,  
NEUROMOTORIA E LUNGODEGENZA  
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. 1  
01/09/2023**

## **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.*