



**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) – 011/90.39.622 (prenotazioni)  
Fax : 011/904.22.11 E-mail: [posta@villaserenapiossasco.it](mailto:posta@villaserenapiossasco.it)  
Sito Internet: <http://www.villaserenapiossasco.it>

**MODULO  
R4**

### **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  
**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 del testo unico legge sulla Privacy: la raccolta dei dati  
personali resa in detta dichiarazione è finalizzata esclusivamente al rilascio della documentazione  
sanitaria richiesta.**