Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Bergamo Ovest

DELEGHE – DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE

Dati anagrafici: Il sottoscritto _____nato il _____
a_____C.F._____
Dati di contatto: telefono_____e-mail_____
Ha preso visione dell'informativa al trattamento dei dati ed autorizza
Questo ufficio ad accedere ai miei dati personali ed in particolare ai dati sanitari per la gestione/risoluzione della segnalazione che ho presentato.
Data_____ **Firma_____**

1. **Se il segnalante agisce per conto di altra persona maggiorenne in grado di intendere e di volere:**

DELEGA

In qualità di persona direttamente interessata ai fatti oggetto della presente segnalazione, letta l'informativa io **sottoscritto/a**_____ C.F._____
documento d'identità n. _____ rilasciato da _____il_____
DELEGO il Sig./Sig.ra _____ C.F._____
Documento d'identità n._____ rilasciato da _____il_____
a rappresentarmi nei confronti dell'URP in tutte le fasi del procedimento.
Data_____ Firma del delegante_____
Data_____ Firma del delegato_____

Allegare copia del documento d'identità del delegato e copia del documento d'identità del delegante.

2. **Se il segnalante è genitore o altra persona esercente la potestà genitoriale/tutore/curatore/amministratore di sostegno con delega specifica alla tutela della salute della persona direttamente interessata ai fatti:**

DICHIARAZIONE SOTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE*
(Artt. 47 – D.P.R. 445/2000)

Io sottoscritto_____ nato il _____
a_____C.F._____
documento d'identità n._____ _rilasciato da_____ il _____
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, dichiaro di essere:
☐genitore esercente la potestà genitoriale ☐ genitore separato ☐persona esercente la potestà genitoriale ☐tutore ☐curatore ☐amministratore di sostegno con delega specifica alla tutela della salute di (cognome e nome)_____C.F._____
persona direttamente interessata ai fatti oggetto della presente segnalazione.
Data_____ Firma _____ Firma 2 _____

In caso di genitori separati apporre le due firme e allegare copia documenti di entrambi

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO E DI CERTIFICAZIONE*
(Artt. 46 e 47 – D.P.R. 445/2000)

Io sottoscritto_____ nato il _____
a _____C.F._____
documento d'identità n. _____rilasciato da_____ _il _____
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, dichiaro di essere: ☐erede legittimo ☐erede testamentario del
Sig/Sig.ra_____C.F._____
deceduto/a il_____
Data_____ Firma _____

Allegare copia del documento d'identità