DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Richiesta di copia della documentazione sanitaria di persona deceduta

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (_____) il _____

residente nel Comune di _____ (_____)

via/piazza _____ n. ____

documento di identità tipo_____n._____rilasciato da _____

recapito telefonico _____ e-mail _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, e della decadenza dai benefici di cui all'art. 75 del medesimo decreto,

DICHIARA

di richiedere copia della documentazione sanitaria relativa a:

cognome e nome _____

nato/a a _____ (_____) il _____

deceduto/a a _____ (_____) il _____

e di essere legittimato/a all'esercizio dei diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento (UE) 2016/679 riferiti alla suddetta persona, ai sensi dell'art. 2-terdecies, comma 1, del D.Lgs. 196/2003, in qualità di (barrare la casella di interesse):

- ☐ soggetto che agisce per un interesse proprio, e segnatamente: _____;
- ☐ soggetto che agisce a tutela dell'interessato, in qualità di: _____;
- ☐ mandatario dell'interessato (allegare il mandato);
- ☐ soggetto che agisce per ragioni familiari meritevoli di protezione, e segnatamente: _____;

Avvertenze. L'Amministrazione si riserva di valutare la sussistenza del titolo di legittimazione ai sensi dell'art. 2-terdecies, comma 1, del D.Lgs. 196/2003, l'eventuale ricorrere di casi di esclusione previsti dalla legge ai sensi del comma 2 del medesimo articolo, e di espungere dalla copia rilasciata i dati riferiti a soggetti terzi.

La presente dichiarazione, se non sottoscritta in presenza del dipendente addetto, deve essere trasmessa unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (art. 38 del D.P.R. 445/2000).

Informativa privacy. I dati personali sono trattati per la sola finalità di gestione della richiesta di copia della documentazione sanitaria, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679. Titolare del trattamento è l'ASST Bergamo Ovest; i dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) sono reperibili sul sito istituzionale dell'Azienda. L'informativa completa è disponibile presso l'Ufficio e sul sito aziendale. [Testo da sostituire con l'informativa aziendale validata.]

Luogo e data _____ Il/La dichiarante _____