

Allegato C**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

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

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in
via _____ Tel. _____

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace e della decadenza automatica dei benefici conseguiti, qualora da eventuali controlli emerga la non veridicità del contenuto del presente atto,

DICHIARA

di essere erede di _____
nato/a a _____
il _____ e deceduto il _____.

Il/La sottoscritto/a conferma, sotto la sua responsabilità la veridicità di quanto sopra e

CHIEDE

Copia della Documentazione Sanitaria relativa al ricovero effettuato presso l'U.O. di _____
_____ presso la Clinica Privata Villa Esther srl.

Bojano; _____

Firma _____

Allegati:

- Copia del Documento d'identità del/la Delegante
- Copia del Documento d'identità del/la Delegato¹