



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA - ROMAGNA
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione

(art. 46 T.U. – D.P.R. n.445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a cognome _____ nome _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____ / _____ / _____ residente in
Via _____ n. _____ a _____
prov. _____ cap. _____ tel. _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritieri e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del DPR 28/12/2000, n.445,

**DICHIARA
DI ESSERE LEGITTIMO EREDE DI:**

Cognome/nome _____
nato/a _____ prov. _____ il _____ / _____ / _____
e deceduto/a in data _____

**DICHIARA
DI AVERE LA QUALITA' DI TUTORE DI:**

Cognome/nome _____
Nato/a a _____ prov. _____ il _____ / _____ / _____
residente a _____ in Via _____

ESTREMI DEL PROVVEDIMENTO DI TUTELA:

**DICHIARA
DI ESSERE GENITORE ESERCENTE LA PATRIA POTESTA' DI:**

Cognome/nome _____
nato/a _____ prov. _____ il _____ / _____ / _____

_____, li _____

(Allegare documento di identità)

(Firma del dichiarante)