



BEA ALESSANDRIA S.R.L.

Sede legale: largo Milite Ignoto 6/1 – Busalla

Sede operativa: via Cavour 23 – Alessandria

p.iva: 02219820996

MODULO DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

Il/la sottoscritto/a
Nato/a ila
Residente a CAP
In Via/Piazza N°
Carta di Identità n., consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (in particolare art. 76 D.P.R. n. 445/2000)

DICHIARA

Di essere padre madre genitore affidatario tutore curatore amministratore di sostegno del/la **MINORE**: nato/a a il

luogo e data Firma.....

*Che i dati riferiti all'altro genitore sono i seguenti:

Nome e Cognome dell'**ALTRO GENITORE**:
nato/a a il

*DA COMPILARE SOLO SE È PRESENTE UN SOLO GENITORE

DELEGA

il/la sig./sig.ra..... al ritiro dei referti e reperti delle prestazioni effettuate al minore sopracitato.

In allegato copia fotostatica del documento del delegante indicato, del dichiarante e del minore, in corso di validità.

Data.....

Firma.....

Informativa sul Trattamento dei Dati Personali (art. 13 Regolamento UE 679/2016). I dati personali raccolti ai fini del presente procedimento amministrativo saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo competono al sottoscritto tutti i diritti previsti dall'art. 7 del medesimo Regolamento.

NB: Si allegano alla presente copia fotostatica del documento del delegante indicato, del dichiarante e del minore, in corso di validità.

Il presente modulo, in originale, deve essere allegato alla documentazione clinica e conservato con la stessa