

MODULO DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

Il/la sottoscritto/a
Nato/a il a
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

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.

N:B: Si allegano alla presente copie fotostatiche dei documenti di identità del dichiarante e del minore.

Nel caso in cui il dichiarante sia: un tutore, curatore, amministratore di sostegno, oltre al documento dovrà fornire copia del provvedimento del giudice tutelare.

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

CASA DELLA SALUTE S.P.A.

SEDE LEGALE: Via Balleydier 7 - 16149 Genova

Codice fiscale e Partita Iva: 02193240997 **Numero REA:** GE - 467284 **Indirizzo PEC:** casadellasalutespa@legalmail.it

Capitale sociale: Euro 2.110.000,00 i.v.

Società soggetta a direzione e coordinamento di Italmobiliare SpA Sede Legale Milano CF: 00796400158