



**MOD. ALL. 2**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI NOTORIETÀ (art. 46, D.P.R. 445/2000)  
RICHIESTA INFORMAZIONI E/O SEGNALAZIONE  
SOGGETTO DELEGATO**

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A** (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ E DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE  
DALL'ART. 76, DPR 445/2000, PER LE IPOTESI DI DICHIARAZIONI MENDACI**

**DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ DI ESSERE MUNITO DI APPOSITA DELEGA  
E DI ESSERE**

il tutore  curatore  coniuge  figlio/a  fratello/sorella  padre  madre

altro (specificare) \_\_\_\_\_

del paziente (indicare nome e cognome del delegante) \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

Con riferimento all'episodio di cura e/o prestazione sanitaria eseguito e/o effettuata presso  
\_\_\_\_\_ (indicare struttura) in data \_\_\_\_\_ nei confronti del  
paziente delegante di cui sopra

**RICHIEDO INFORMAZIONI E/O SEGNALO**

---

---

---

---

---

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Si allega:

- copia di un documento d'identità e della tessera sanitaria in corso di validità del delegante e del delegato