

**DICHIARAZIONE DELL'ATTO SOSTITUTIVO DI NOTORIETA'**  
(Art. 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000 n° 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

TITOLARE

FAMILIARE  Indicare il grado di parentela \_\_\_\_\_

TUTORE

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n° 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

**DELEGA**

Il/la Sig. \_\_\_\_\_ ad effettuare per suo nome e conto la:

- Pratica di Assistenza Integrativa
- Pratica di Esenzione del Ticket
- Pratica di scelta e/o revoca del Medico di famiglia

In quanto impossibilitato/a a recarsi di persona presso i vostri uffici.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato, al sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs n°196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

IL DICHIARANTE

---

Si allega copia fotostatica del documento di identità del sottoscrittore.