Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà – Erede

(Artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a ……………………………………… nato/a a …………..………………………… (…….) il ………………………………. residente a …………..………………………… (…….) CAP …………….. in via …………..……………………………………………….. n. …………

Tipo di documento …………………………………………… n. ………..…………………………………rilasciato da ………..…………………………………………… in data ………..…………………………...

**DICHIARA**

che il/la Sig./Sig.ra ………..…………………………… nato/a a ………..………………………… (…...) il ………..……………… e residente alla data del decesso a ………..……………………... (…...) in via ………..………………………… n. ……… è deceduto/a a ………..……………………………….… il ………..……………………… e di essere erede in quanto:

□ coniuge

□ figlio

□ genitore

□ testamentario con testamento □ pubblico □ olografo pubblicato e registrato il ………….…………, notaio ……………...………………………… (n. repertorio e raccolta) ………..…………………………… legittimo ai sensi dell’art. 572 C.C. e che non esistono né eredi legittimari né testamentari (**specificare il grado di parentela)** ………..……………………………………………………………………………………………………………………………….

**□** che l’unico erede è il sottoscritto

□ che gli eredi, oltre al sottoscritto, sono (indicare il nome e cognome, luogo e data di nascita, residenza e il grado di parentela con il de cuius e se legittimi o testamentari):

1. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. ……………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….
3. ……………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….
4. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
5. ……………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….

□ di avere ricevuto delega dagli altri eredi, di cui si allega copia, per esercitare il diritto di accesso documentale

**DICHIARA ALTRESÌ**

□ di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i.;

□ di sapere che l’ASL n. 5 di Oristano si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità di quanto dichiarato (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000).

Il/la sottoscritto/a ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali ai sensi del Reg. UE 679/2016 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. (c.d. Codice Privacy), acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Luogo, data …………………………….... ………………………………………

Firma (leggibile) del dichiarante

**N.B.: Si allega alla presente dichiarazione fotocopia del documento di riconoscimento del dichiarante. Il documento non va trasmesso se la richiesta è sottoscritta con firma digitale o con altro tipo di firma elettronica qualificata o con firma elettronica avanzata e se inoltrata dal domicilio digitale (PEC-ID). Il documento va trasmesso se la richiesta è inoltrata con PEC.)**