



La/il sottoscritta/o _____
nata/o a _____ () il ____/____/____ C.F. _____
residente in _____ () CAP _____
Via _____ n. _____
E-mail/PEC _____ Tel./Cell. _____

DICHIARA

che la/il Sig./ra _____ nata/o a
_____ () il ____/____/____ e residente alla data del
decesso a _____ () in via _____ n. ____ è deceduta/o 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, sono¹:
 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 ss.mm.ii.;

- di sapere che l'Azienda Ospedaliera G. Brotzu si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità di quanto dichiarato (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000).

Luogo, data _____

Firma (leggibile) del dichiarante

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.

I dati acquisiti saranno trattati in conformità alla normativa vigente sulla Privacy (Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196 e GDPR 2016/679).