

**Dichiarazione Sostitutiva di  
CERTIFICAZIONE per Minore  
(rilasciata ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)**

Il/la sottoscritto/a.....

Nato/a a.....il...../...../.....

Residente a.....

Via.....n°.....

In possesso del documento di riconoscimento n° .....  
rilasciato da..... il....., come  
da allegata fotocopia,

**consapevole del fatto che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai  
sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti  
dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000**

**D I C H I A R A**

di essere il padre/la madre del minore.....  
nato/a a.....il.....  
e di esercitare la patria potestà sul minore

oppure

di essere il padre/la madre del minore.....  
nato/a a.....il.....,  
ma di **non** essere genitore affidatario del minore, ma di essere d'accordo con l'altro  
genitore, per richiedere la cartella clinica relativa al ricovero di mio figlio/figlia (si  
allega delega o autorizzazione dell'altro genitore)

**barrare con una X la condizione dichiarata**

**Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n°  
196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali  
raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente  
nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa**

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Data...../...../.....

\_\_\_\_\_  
**Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)**