

Allegato A

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI EX ART. 46 D.P.R. 445/2000

E

CONSENSO INFORMATO RESO DAI FAMILIARI O DAGLI AVENTI TITOLO  
ALL'ESECUZIONE DEL RISCONTRO DIAGNOSTICO.

Ai sensi di quanto disposto dall'art. 4 comma 2 bis della legge 8 marzo 2017 n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" pubblicato nella G.U. Generale n. 64 del 17.03.2017

il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ (documento di identità<sup>1</sup>  
nr. \_\_\_\_\_ emesso da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_)

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, (artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000) e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di essere familiare del sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e deceduto a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ in quanto \_\_\_\_\_ (specificare il grado di parentela) o di avere titolo in quanto \_\_\_\_\_ (nel caso di delega da parte del familiare occorre allegare il documento d'identità sia del delegato che del delegante)
- di essere stato informato da \_\_\_\_\_ delle finalità e modalità di esecuzione del riscontro autoptico disposto dalla Direzione Sanitaria del \_\_\_\_\_
- di accettare l'esecuzione del predetto riscontro autoptico

A tal fine dichiara:

di disporre la presenza del medico di fiducia nella persona del dott. \_\_\_\_\_

di rinunciare alla presenza del medico di fiducia

**Il sottoscritto dichiara altresì di essere informato che, ai sensi delle vigenti disposizioni in materia di privacy, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.**

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

Il/la Dichiarante

<sup>1</sup> ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'