DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI
(artt. 46 e 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

per l'ACCESSO NEI REPARTI OSPEDALIERI

Il/La sottoscritto/a_____
(cognome) (nome)
nato a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)

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. 445 del 28 dicembre 2000

D I C H I A R A

di dover accedere ad una struttura ospedaliera **in qualità di** :

□ **visitatore di paziente ricoverato;**

□ **caregiver per assistenza a pazienti non autosufficienti;**

□ **familiari o tutori legali di pazienti minori.**

_____
_____
__

Informativa Privacy ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, si informa che i dati forniti saranno trattati secondo quanto indicato nell'informativa pubblicata nel sito dell'ULSS 9 Scaligera alla sezione "Privacy".

_____ IL/LA DICHIARANTE
(luogo, data) _____