



**FONDAZIONE OSPEDALE GIUSEPPE ARAGONA  
ISTITUTO GERIATRICO E RIABILITATIVO - ONLUS**

Viale Grasselli Barni 47, 26037 San Giovanni in Croce – Cremona  
Tel. 0375/310438 Fax 0375/310053 - C.F./P.I. 00296100191

www.ospedalearagona.org - direzioneamministrativa@ospedalearagona.org  
direzionegenerale@pec.ospedalearagona.org direzionesanitaria@pec.ospedalearagona.org

MPSAN7.02  
Rev0

**AUTOCERTIFICAZIONE**

(Ai sensi degli articoli 46 e 47 D.P.R. 445/2000)

Il sottoscritto .....  
nato a ..... il .....  
residente a ..... Via .....

Dopo essere stato avvertito che in caso di mendace dichiarazione verranno applicate nei riguardi le pene stabilite dall'art. 496 del Codice Penale

**DICHIARA**

**sotto la propria responsabilità:**

- di essere in qualità di
- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> coniuge                  | <input type="checkbox"/> figlio/a |
| <input type="checkbox"/> genitore                 | (in mancanza di coniuge o figli)  |
| <input type="checkbox"/> fratello / sorella       | (in mancanza dei precedenti)      |
| <input type="checkbox"/> parente fino al 6° grado | (in mancanza dei precedenti)      |
| <input type="checkbox"/> altro (specificare)      |                                   |

Erede del defunto .....  
nato a ..... il .....

**DICHIARA** altresì, sotto la propria responsabilità, di avere comunicato a tutti gli eredi del defunto sopra indicato di aver richiesto e ritirato copia della cartella clinica presso l'Ospedale Giuseppe Aragona.

Letto, confermato e sottoscritto.

San Giovanni in Croce, lì .....

Il Dichiarante

.....

N.B. Allegare fotocopia documento di identità