

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
DEL DECESSO DEL CONIUGE, DELL'ASCENDENTE O DISCENDENTE
(AUTOCERTIFICAZIONE)**

Art. 46 DPR 28/12/2000 N. 445

Il/La sottoscritto/a _____ codice fiscale _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA'

- Di essere nato/a a _____ (_____) il _____
 Di essere residente a _____ (_____) via _____
che _____

(cognome e nome del defunto)

nato il _____ a _____
(comune di nascita)

in vita residente in _____ via _____

- Coniuge del/della sottoscritto/a (*)
 Unito/a al/la sottoscritto/a dal seguente rapporto di parentela _____ (*)

è deceduto/a in _____ in data _____
(comune)

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre:

- **di essere a conoscenza, e pertanto pienamente consapevole, che in caso di false dichiarazioni verranno applicate le sanzioni penali previste dagli artt.:483, 495 e 496 del Codice Penale e che ne conseguirà la decadenza dall'ammissione alla prestazione del Fondo Sanitario ottenuta sulla base della dichiarazione non veritiera. Saranno inoltre applicabili le sanzioni previste dagli artt.7 e 12 dello Statuto del Fondo Sanitario;**
- di autorizzare il Fondo Sanitario al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione, trattamento che a norma del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) potrà avvenire solo per i fini propri del Fondo stesso e nei limiti di legge;

- di autorizzare il Fondo Sanitario, destinatario della presente autocertificazione, a verificare i dati in essa contenuti rivolgendosi alle Amministrazioni competenti.

Letto, confermato e sottoscritto

(Luogo) _____ (data) _____

IL/LA DICHIARANTE _____

(*) barrare la casella corrispondente al caso