



CARTELLA CLINICA N.	DATA DIMISSIONE .../.../.....	ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA specificare
------------------------------------	---	--

INTESTATARIO DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Cognome Nome.....
nato/a il ___/___/___ Residente a

Via n°..... CAP..... Telefono.....

A DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (Art. 46 DPR 28/12/2000 n°445)
(da compilare se l'intestatario della documentazione sanitaria sia minore/incapace/interdetto/inabilitato)

Il/la sottoscritto/a Cognome Nome.....
nato/a il ___/___/___ Residente a

Via n°..... CAP..... Telefono.....

DICHIARA di essere: **GENITORE** **TUTORE** **ALTRO:**.....

consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti o dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art.46 del DPR 28/12/2000 n°445

Data il Dichiarante

B DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ' (Art. 47 DPR 28/12/2000 n°445)
(da compilare se la documentazione sanitaria richiesta è relativa ad un paziente **DECEDUTO**)

Il/la sottoscritto/a Cognome Nome.....
nato/a il ___/___/___ Residente a

Via n°..... CAP..... Telefono.....

DICHIARA di essere EREDE (grado di parentela).....
dell'intestatario della documentazione richiesta deceduto a..... il ___/___/___

consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti o dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art.47 del DPR 28/12/2000 n°445

Data il Dichiarante

DELEGA PER LA RICHIESTA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Delegato: sig./sig.ra nato/a il ___/___/___
Res.te a Via..... n°..... CAP.....

Data il Delegante

NB: allegare FOTOCOPIA di un DOCUMENTO VALIDO del DELEGANTE

Il Dichiarante/Delegato esibisce documento:

C.I. Patente Passaporto n° Rilasciato il ___/___/___ Sc. il ___/___/___

Informativa Privacy: I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti al fine del procedimento per il quale sono richiesti e saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per tale scopo

Data il Dichiarante/Delegato

Indirizzo per la spedizione:

Sig./Sig.ra.....Via..... n° CAP

Comune Prov.