

MODULO DI RITIRO DI COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Mod. 2

OSPEDALE SACRO CUORE DI GESÙ

viale Principe di Napoli, 14/A - 82100 BENEVENTO

CARTELLA CLINICA	DATA DIMISSIONE ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA specificare
N	/ specificare
INTESTATARIO DOCUMENTAZIONE SANITARIA	
	Nome
nato/a	il//_ Residente a
Via	n° CAP Telefono
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)	
II/la sottoscritto/a Cognome	Nome
nato/a	il//_ Residente a
Via	n° CAP Telefono
DICHIARA di essere:	GENITORE TUTORE ALTRO:
	penali previste per le ipotesi di falsità in atti o dichiarazioni mendaci, ai sensi e per
gli effetti dell'art.46 del DPR	28/1212000 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)	
II/la sottoscritto/a Cognome	e
nato/a	il / /_ Residente a
Via	n° CAP Telefono
DICHIARA di essere EREDE (grado di parentela)	
The state of the s	nentazione richiesta deceduto ail _/_ /
consapevole delle sanzioni pe dell'art.47 del DPR 28/12/2000 r	nali previste per le ipotesi di falsità in atti o dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti n°445
Data	il Dichiarante
DELEGA PER IL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	
Delegato: sig./sig.ra	nato/a il//_
Res.te a	n°
Data	il Delegante
NB: allegare FOTOCOPIA di un DOCUMENTO VALIDO del DELEGANTE	
Il Dichiarante/Delegato esibisce documento:	
	o 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