



CARTELLA CLINICA DATA DIMISSIONE ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA
N. /.../..... 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.....
DICHARA 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.....
DICHARA 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.ranato/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.