****

Atto N°

**RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Il/La sottoscritto/a Nato/a il \_ a ( ) residente a ( ) CAP via/piazza n° \_ mail Tel documento d’identità n.

**in qualità di:**

* intestatario della documentazione sanitaria
* legittimato (compilare “Dichiarazione sostitutiva di certificazione”)
* tutore/Amministratore di Sostegno (allegare copia dell’atto di nomina)
* delegato (premunirsi di delega scritta - da allegare alla richiesta - completa di dati anagrafici e numero documento d’identità del delegante)**\***

**CHIEDE il rilascio di COPIA della documentazione sanitaria di**

Cognome e Nome

Nato/a il a ( )

residente a ( ) CAP via/piazza n°

* cartella clinica del ricovero
* verbale prestazione Pronto Soccorso
* CD di esame cardiologico
* Altra documentazione sanitaria

Per ciascuna richiesta indicare ospedale, reparto/servizio e periodo del ricovero e/o data della prestazione:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data del Ricovero** | **Reparto** | **Pratica** | **Note** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**CONSEGNA DOCUMENTAZIONE**

* SPEDIZIONE

**Cognome e Nome residente a ( )**

**CAP Via/Piazza n°**  L’Asstbgovest declina ogni responsabilità per eventuali disguidi postali

* Ritiro allo sportello
* Ritiro allo sportello con delega

Il sottoscritto, documento d’identità n° delega il/la Sig/ra al ritiro della documentazione sanitaria richiesta.

## Data Firma

Il/La Sig/ra , documento di riconoscimento n°

dichiara di ricevere in data la documentazione sopra richiesta.

Firma

***N:B. La delega alla richiesta di cartella non sarà ritenuta valida per il ritiro, se non esplicitamente indicata.***



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

*Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445*

### II/La Sottoscritto/a

*nato/a il a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)*

*con residenza anagrafica nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)*

*via/piazza n*

# Afferma di essere a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 26 della legge

*4 gennaio 1968, n. 15, e 76 DPR 28 dicembre 2000 n. 445 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'rt. 2 della citata legge 15/68 e all'art. 46) del citato DPR 445/2000 e sotto la propria responsabilità.*

**DICHIARA**

*(Barrare con una X la casella di interesse)*

*di avere* ***la potestà genitoriale*** *di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_), il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*e di non essere privo della relativa potestà genitoriale.*

*di essere* ***legittimato in qualità*** *di*

*nato/a il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_deceduto il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a \_\_\_\_( )*

***per uso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

*Lì,*

# II/La Dichiarante