

## U.O.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO

**UFFICIO CARTELLE CLINICHE – Tel. 0577.585827 Fax 0577.586232**

### Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione

(D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000,  
in caso di dichiarazioni mendaci,

#### **DICHIARA DI ESSERE**

- Genitore esercente la patria potestà
- Tutore\*
- Curatore\*
- Amministratore di sostegno\*

\* (Allegare provvedimento di nomina da parte del Giudice Tutelare del Tribunale)

- Erede (che agisce in nome e per conto degli altri coeredi)

#### **DI**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e pertanto chiede a Codesta Amministrazione di poter ritirare la fotocopia di cartella clinica.

Il sottoscritto ai sensi del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ **(Allegare documento di identità)**