

	DECLARAȚIE PE PROPRIE RĂSPUNDERE DE CERTIFICARE (ART. 46 D.P.R. 445/2000) PENTRU SCOATEREA DOCUMENTAȚIEI SANITARE A MINORILOR	M/919/289 Rev. 0 Pag 1 din 1
---	--	------------------------------------

Subsemnatul/a DI/D-na _____

Născut/ăpe ____/____/____ în _____

Cu rezidența în _____ Prov _____

Strada _____ Nr. _____ Cod poștal _____

Tip document _____ Nr. _____

Eliberat de _____ pe data de _____

Cod Fiscal _____

În cunoștință de cauză că în caz de declarații false se aplică sancțiunile impuse de Codul Penal și, de asemenea, de legile speciale în domeniu pentru infracțiunile de „fals în înscrisuri” și „utilizare de înscrisuri false”, implicând și pierderea beneficiilor care ar putea decurge în urma măsurii adoptate pe baza documentației false,

DECLARĂ

că este îndreptățit/ă, în calitate de tutore, să obțină copia următoarelor documente sanitare:

- ☐ rezultate ale analizelor de laborator/ale anchetelor pentru stabilirea diagnosticelor efectuate pe data de ____/____/____
- ☐ copie conformă cu originalul al foii de observație clinică cu privire la spitalizarea de pe ____/____/____ până pe ____/____/____ în secția de _____
- ☐ copie conformă cu originalul după spitalizarea în regim Day Hospital/Day Surgery efectuat în data de ____/____/____
- ☐ copie conformă cu originalul Acces în Secția de Urgență, efectuat pe data de ____/____/____

ale minorului:

Prenume _____ Nume _____

născut/ă pe ____/____/____ în _____

Data ____/____/____

SEMNĂTURA

N. B. ÎN MOMENTUL SCOATERII TREBUIE SĂ FIE PREZENTAT
ÎNTOTDEAUNA UN DOCUMENT DE IDENTITATE VALABIL

DA COMPILARE A CURA DEL PERSONALE INCARICATO AL RILASCIO

È stata verificata la corrispondenza tra gli estremi dichiarati e i documenti esibiti dal delegato

Cognome e nome _____ firma _____

ROMENO - ROMÂN