

	<b>DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE/ATTO NOTORIO AI FINI DEL RITIRO DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA</b>  (ex artt. 46/47 D.P.R. 445/2000)	M/919/86 Rev. 3 Pag 1 di 1
---	--	----------------------------------

Il/La sottoscritto/a Sig./ra \_\_\_\_\_  
Nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
Documento tipo \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

consapevole, in caso di dichiarazione mendace, delle sanzioni previste dal Codice Penale e delle leggi speciali in materia anche per i reati di "falsità in atti" e "uso di atto falso", nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della documentazione non veritiera.

### DICHIARA

di aver diritto, in qualità di:

- esercente responsabilità genitoriale
- erede legittimo

**ad ottenere copia conforme della seguente documentazione sanitaria:**

- verbale di Pronto Soccorso effettuato in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- cartella clinica ricovero in Pronto Soccorso effettuato in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- referti di analisi di laboratorio/indagini diagnostiche effettuati in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- cartella clinica relativa al ricovero ordinario dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- cartella clinica relativa al ricovero Day Hospital/Day Surgery effettuato in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**del minore o del deceduto:**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_

**N. B. : ALL'ATTO DEL RITIRO PRESENTARE SEMPRE UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ VALIDO**

DA COMPILARE A CURA DEL PERSONALE INCARICATO AL RILASCIO

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

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_