

**RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA DI MINORE E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
**(art. 46-47 D.P.R. 445/2000)**

**Compilazione a cura del genitore**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_ telefono \_\_\_  
/ \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_/ \_\_\_\_\_

**Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 dello stesso D.P.R. 445/2000, DICHIARA**

Di esercitare la responsabilità genitoriale in qualità di \_\_\_\_\_

**Dati del minore**

Di \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**CARTELLA CLINICA (reparto)** \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**CD ESAMI RADIOLOGICI EFFETTUATI (specificare quali)** \_\_\_\_\_

Ritiro allo sportello (attenzione portare delega specifica se non ritira il richiedente)

Spedizione all'indirizzo \_\_\_\_\_

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

Il dichiarante \_\_\_\_\_

La richiesta deve essere inviata per lettera o via fax al n. 041 4266115 con allegata copia del documento di identità del genitore. Per comunicazioni telefoniche chiamare il numero 041 426 5851

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