

RICHIESTA DI DOC. SANITARIA DI PERSONA DECEDUTA E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46-47 D.P.R. 445/2000)

Compilazione a cura di un erede

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 essere erede legittimo in qualità di (specificare il grado di parentela) _____

Di _____ nato/a a _____ il
____/____/____ a _____ Provincia ____ residente a _____ CAP _____
Provincia ____ in via _____ n. ____ deceduto a _____

CHIEDE

COPIA CARTELLA CLINICA _____ dal ____/____/____ al ____/____/____

CD ESAMI RADIOLOGICI EFFETTUATI (specificare quali) _____

Ritiro allo sportello

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.