



MODULO

Mod. 2.2.5
Edizione 00 Rev. 00
del 01/03/2023
Pag. 1 di 1

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.