

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
per richiesta copia cartella clinica o altra documentazione sanitaria di defunto
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____ n _____

Consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali in materia, e che decadono i benefici ottenuti sulla base di dichiarazioni non veritiere, così come stabilito dagli art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000.

Dichiara sotto la propria responsabilità

Che il/la sig./ra _____

Nato/a a _____ il _____

è deceduto/a a _____ il _____

e di rientrare tra gli aventi diritto al rilascio di copia conforme all'originale della cartella clinica o di altra documentazione sanitaria, essendo ☐erede, ☐coerede

(grado di parentela) _____

AD USO : ☐medico ☐assicurativo ☐legale ☐altro (specificare)

Sono a conoscenza che il trattamento dei dati personali di cui alla legge n.675 31.12.1996 (Legge sulla Privacy) avverrà solo per fini istituzionali e nei limiti di legge.

Il dichiarante
(Firma per esteso e leggibile)

La sottoscrizione della presente dichiarazione non è soggetta ad autenticazione, ai sensi dell'art. 21, comma 1 edell'art. 38 comma 3 del DPR n .445/2000.

La sottoscrizione della dichiarazione è stata apposta in mia presenza dal dichiarante.

Il dichiarante allega copia del documento di identità

Data

L'Addetto
