

MODULO C

## Richiesta di documentazione sanitaria di paziente deceduto

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

---

### Identificazione a cura dell'ufficio preposto:

Estremi del documento \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_

### DICHIARA

(Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi del D.P.R. 445/2000, art. 47)

di essere un erede legittimo del/della Sig./Sig.ra

\_\_\_\_\_

deceduto/a il \_\_\_\_\_, con il/la quale ha la seguente relazione di parentela \_\_\_\_\_

e, pertanto, di avere pieno diritto a richiedere copia della documentazione sanitaria di cui all'allegata richiesta, sollevando la ASL Roma 1 da ogni responsabilità, anche in relazione allo smarrimento o alla visione della stessa da parte di terzi non autorizzati, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**A tal fine, autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.**

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**N.B. Allegare copia del documento di identità.**