

Richiesta di documentazione sanitaria di paziente deceduto

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____

CAP _____ Prov. _____ tel. _____

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 _____

Identificazione a cura:

Operatore: Cognome (in stampatello) _____ Nome (in stampatello) _____

Data _____

Firma _____