

**RITIRO DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA PER MINORI/TUTORI/AFFIDATARIO/AMM. DI SOSTEGNO**

Il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

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

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

CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ documento di identità \_\_\_\_\_

in qualità di:

 Padre Madre Tutore/Curatore/Affidatario/  
Amministratore di sostegno  
(Allegare il provvedimento attestante lo stato)

del minore \_\_\_\_\_

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

Consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti, così come stabilito dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 nr. 445.

 **Ritira** copia della documentazione sanitaria di cui all'allegata richiesta, previa presentazione del proprio documento di identità **Delega a ritirare** copia della documentazione sanitaria di cui all'allegata richiesta, previa presentazione del documento di identità del delegato e di quello del delegante (in originale o in copia controfirmata dal titolare)

Il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

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

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

CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ documento di identità \_\_\_\_\_

**A tal fine, autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/03 e s.m.i.**

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

**Il sottoscritto, inoltre, solleva la ASL Roma 1 da ogni responsabilità legata allo smarrimento o alla visione della suddetta documentazione da parte di terzi non autorizzati.**

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

**Identificazione a cura dell'ufficio preposto:**

Estremi del documento del delegato \_\_\_\_\_ Rilasciato il \_\_\_\_\_