

MODULO E

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 _____