

Alla ASL Roma 1
Dipartimento Interaziendale di Medicina legale
UOC Medicina Legale
Lungotevere della Vittoria, 3 00195 RM

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 del delegato _____ Rilasciato il _____

DICHIARA
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R.28.12.2000, N.445)

Di essere un familiare del/della Sig/Sign.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 l'Azienda Asl Roma E da ogni responsabilità legata allo smarrimento o alla visione della stessa da parte di terzi non autorizzati. **Consapevole delle sanzioni penali, nel 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 propri dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/03.

Data _____ Firma _____