



AUTOCERTIFICAZIONE per il ritiro di copie di cartelle cliniche

Presentata all'Ufficio ARCHIVIO CARTELLE CLINICHE

per ritiro documentazione clinica relativa al paziente _____

Nato/a a _____ il _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Provincia di _____ il _____ e residente a _____

Provincia di _____ in via _____ n. _____

N. Telefono: _____ Documento d'identità _____

DICHIARA di:

essere erede unico del/della deceduto/a _____
nato/a il _____ a _____ deceduto/a il _____

essere erede assieme a: _____

del/la deceduto/a _____ nato/a il _____
a _____ deceduto/a il _____

essere legale rappresentante di: _____ nato/a il _____

essere tutore/curatore di _____ nato/a il _____

esercitare la patria potestà del minore _____ nato/a il _____

Ulteriori informazioni utili alla Casa di Cura _____

La presente dichiarazione viene rilasciata in conformità delle disposizioni di legge e nella piena consapevolezza in ordine alla responsabilità penale derivante a seguito di dichiarazione mendace.

Trieste, _____

Il Dichiarante
