

## AUTOCERTIFICAZIONE per il ritiro di copie di cartelle cliniche / referti

Presentata all'Ufficio ARCHIVIO CARTELLE CLINICHE / ACCETTAZIONE

per ritiro documentazione clinica relativa al paziente \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Copia cartella clinica n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Copia cartella clinica n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Referto di \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Referto di \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

avere il consenso di eventuali altri eredi legittimi

essere legale rappresentante di: \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

essere tutore/curatore di \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

esercitare la patria potestà del minore \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

avere il consenso dell'altro genitore esercitante la potestà sul minore

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

Allegati:

Copia documenti identità dichiarante

Atto di nomina di amministratore/tutore legale più copia documento identità minore

Certificato di decesso