



Io sottoscritto/aCF.....

nato/a il .../.../... residente avia
..... c.a.p. tel.

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R. 445/2000 per le
dichiarazioni mendaci e le falsità in atti dichiaro di essere legittimato a richiedere e ritirare la
cartella clinica di

cognome e nome Codice Fiscale.....

nato/a il .../.../..... residente a

via

RELATIVA ALLA DEGENZA PRESSO:

Repartodal.....al.....

Repartodal.....al.....

Repartodal.....al.....

Repartodal.....al.....

in qualità di:

genitore affidatario esercente la potestà sul minore suddetto
oppure

TUTORE del soggetto suindicato

CURATORE del soggetto suindicato

AMM. DI SOSTEGNO del soggetto suindicato

In tali casi riportare estremi dell'

ATTO n. _____ del _____

Rilasciato da _____ di (luogo) _____

oppure

EREDE del DE CUIUS deceduto in data _____

in qualità di ¹.....

EREDE TESTAMENTARIO

luogo e data _____

Il Dichiarante _____

SERVIZIO RILASCIO COPIE CARTELLE CLINICHE

Nella mia qualità di pubblico dipendente addetto alla ricezione, attesto che il dichiarante

Sig. _____ identificato con _____

ha sottoscritto in mia presenza la suddetta dichiarazione.

Firenze, _____

Il Dipendente addetto

N.B. In caso di trasmissione via fax o tramite posta, la presente richiesta dovrà essere corredata di fotocopia del documento di identità del dichiarante.

¹ precisare rapporto di parentela e se parente di IV grado o affine di II grado, precisare la non esistenza in vita di parenti o affini più prossimi (rispettivamente dal I al III grado o del I grado) al de cuius: **gradi parentela e affinità**