

Alla c.a.
del Direttore Medico Responsabile
del Centro Paolo VI Onlus
Dott. Gianluigi De Agostini
Via G. Lugano, 40
15052 Casalnoceto (AL)

Oggetto: Richiesta di copia conforme all'originale cartella clinica/documentazione sanitaria e dichiarazione sostitutiva di certificazione (Art. 46-47 DPR n. 445/2000)

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov
_____ il _____ residente a _____ CAP _____ Prov. _____
recapito telefonico _____ e-mail _____

consapevole della responsabilità penale nella quale posso incorrere in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi artt. 75 e 76 DPR n. 445/2000

dichiaro

di esercitare la potestà genitoriale in qualità di _____

di nome e cognome: _____

nato/a _____ Prov. _____ il _____ residente a
_____ CAP _____ Prov. _____

Via _____ n. _____

copia conforme all'originale della cartella clinica relativa al ricovero presso la Vs struttura nel periodo dal
_____ al _____;

- copia conforme all'originale della cartella clinica ambulatoriale;
- copia della seguente documentazione sanitaria:

-
- provvederò personalmente al ritiro di quanto richiesto presso il Centro Paolo VI;
 - chiedo che la copia mi venga spedita al seguente indirizzo:
-
-

Dichiaro, infine, di essere informato, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del D. Lgs n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma del richiedente _____

Allegati:

- fotocopia documento d'identità in corso di validità del richiedente