



## AUTOCERTIFICAZIONE DEL GENITORE / TUTORE / AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO / EREDE

**Nota 1: La presente richiesta va sempre firmata dal Genitore (per i minorenni) o dal Tutore o dal Curatore/erede dell'interessato a cui si riferisce la cartella clinica. Al momento del ritiro il Genitore/Tutore/Curatore/erede deve esibire o produrre un proprio documento di identità, di cui verrà fatta copia. Solo in caso di necessità, il Genitore/Tutore/Curatore compila e firma anche la delega al ritiro da parte di terzi.**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

consapevole delle conseguenze penali in caso di falsa dichiarazione (art. 76 D.P.R. 445/2000),

### DICHIARO

(*ex art. 46 D.P.R. n. 445/2000, Dichiarazione sostitutiva di certificazione*)

di essere (barrare la voce che interessa)

GENITORE     TUTORE     ADS     EREDE

dell'Interessato (nome cognome del minore o della persona affidata): \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e di essere pertanto legittimato a richiedere copia della cartella clinica relativa al ricovero dell'interessato

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso il Reparto \_\_\_\_\_

Allego copia del Documento d'Identità (**barrare inoltre la voce che interessa**):

Per ADS copia del Provvedimento del Tribunale

Per EREDE copia del Certificato Storico del paziente

*Il richiedente acconsente al trattamento dei propri dati personali da parte dell'Istituto, in accordo col decreto legislativo 196/2003, Codice sulla Privacy – al solo fine di gestire la presente richiesta.*

Data \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_