

Ospedale della Murgia "Fabio Perinei" (Modello 2)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
D.P.R. 28/12/2000 N.445

AL DIRETTORE SANITARIO

IL SOTTOSCRITTO

(scrivere in stampatello)

Cognome _____ Nome _____
 Nato/a _____ il _____ Residente _____ Prov _____
 Via _____ N° _____
 Cap. _____ Telef. _____

Consapevole delle responsabilità previste dall'art.76 D.P.R.445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

di essere

- esercente la potestà genitoriale del minore
 tutore/legale rappresentante
 legittimo erede del defunto in qualità di _____

Del Sig.ra/Sig.re

Cognome _____ Nome _____
 Nato/a _____ il _____

e pertanto richiede a codesta amministrazione di poter ritirare la copia della documentazione sanitaria.

DATA _____ FIRMA _____

Allegare fotocopia documento di identità (fronte retro) in corsodi validità

Ai sensi del D.Lgs. 30/06/03 n°196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" si informa che i dati personali contenuti nella presente istanza saranno trattati al solo fine dell'evasione della richiesta stessa in forma cartacea e informatizzata in modo da assicurare la tutela e la riservatezza dei diritti del richiedente.