



PRESIDIO OSPEDALIERO "P. COLOMBO" VELLETRI
UFFICIO CARTELLE CLINICHE

TEL. 06/93272128 - SI RICEVE: LUN / MER / VEN - ORE 09.00 - 12,00

Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione
(D.P.R. 28/12/2000, N. 445)

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

residente a _____ (____) via _____

_____ Telefono _____

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

DICHIARA DI ESSERE

- Genitore esercente la patria potestà
- Genitore adottante esercente la patria potestà
- Genitore non adottante esercente la patria potestà
- Maggiorene
- Curatore
- Amministratore di sostegno - (Allegare provvedimento di nomina da parte del Giudice Tutelare del Tribunale)
- Erede (che agisce in nome e per conto degli altri coeredi)
- Dichiaro altresì _____

DI

Nome _____ Cognome _____

nato/a a _____ (____) il _____ e pertanto

chiede a Codesta Amministrazione di poter ritirare la fotocopia della cartella clinica.

Il sottoscritto ai sensi del D.Lgs 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Data ____ / ____ / ____

Firma _____ C.I./P.G. _____
(Tipo e numero documento d'identità)