



AUTOCERTIFICAZIONE PER RICHIESTA/RITIRO COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DI MINORE  
– Modulo B –

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

valendosi delle disposizioni di cui all'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 dello stesso D.P.R. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA**

di essere

- Padre, esercente la responsabilità genitoriale;  
 Madre, esercente la responsabilità genitoriale;  
 Tutore/Curatore/Genitore affidatario

*(nel caso di Tutore/Curatore/Genitore affidatario del minore,  
allegare provvedimento attestante la titolarità del richiedente)*

del minore \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**e CHIEDE COPIA DELLA SEGUENTE CARTELLA CLINICA/DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Reparto servizio \_\_\_\_\_  PS

NOTE \_\_\_\_\_

Modalità ritiro:

- allo sportello;  
 spedizione

sollevando l'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni da ogni responsabilità anche relativa allo smarrimento o alla visione della stessa da parte di terzi non autorizzati.

**ACCONSENTE**

che i dati personali, ivi compresi, in particolare, quelli relativi alla salute, siano trattati nel pieno rispetto delle prescrizioni di cui al GDPR 679/2016.

\_\_\_\_\_  
LUOGO, DATA

\_\_\_\_\_  
FIRMA LEGGIBILE

Contatto CUP Tel. [0744 205020](tel:0744205020)  
Martedì e Giovedì ore 14.00 -17.00