



AUTOCERTIFICAZIONE PER RICHIESTA/RITIRO COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DI PAZIENTE
DECEDUTO

– Modulo C –

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a 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 erede del/della Sig./Sig.ra _____
nato/a _____ (_____) il _____
deceduto/a il _____, con il/la quale ha la seguente relazione di parentela _____
Dichiara, altresì _____
_____.

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