



AUTOCERTIFICAZIONE PER RICHIESTA/RITIRO COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA
DI PAZIENTE DECEDUTO

Modulo C

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____
(cognome e nome)
nato/a a _____ il _____
e residente a _____ in Via _____
_____ CAP _____ Prov. _____ Tel. _____
Doc. _____ n. _____ rilasciato il _____

DICHIARA

di essere Erede del/della Sig./Sig.ra _____
(cognome e nome)
nato/a _____ (_____) il _____
Deceduto/a il _____, con il/la quale ha la seguente relazione di parentela _____
Dichiara altresì _____
_____.

CHIEDE COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Data Esame _____ Prestazione _____

Ricovero dal _____ al _____ Reparto _____

Modalità ritiro:

- allo sportello
 spedizione

1- Solleva l'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni da ogni responsabilità anche relativa allo smarrimento o alla visione della documentazione stessa da parte di terzi non autorizzati, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di formazione o uso di atti falsi ex art. 76 del D.P.R. 445/2000.

2- Dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

L'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni garantisce che il trattamento dei Suoi dati avviene nel rispetto del D.Lgs. 196/2003, del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 101/2018. La invitiamo a consultare l'informativa al seguente link: <https://www.aospterni.it/azienda/privacy/>

LUOGO, DATA

FIRMA LEGGIBILE

Servizio Cartelle Cliniche e Ritiro Referti
Info tel. [0744 205020](tel:0744205020) martedì e giovedì ore 14:00-17:00
Ritiro Sportello dal lunedì al venerdì ore 08:00-17:00 - sabato ore 08:00-12:00