Regione Siciliana

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA - ROMAGNA
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
Dipartimento Rizzoli-Sicilia

AUTOCERTIFICAZIONE

Il/la sottoscritto/a_____
nato/a il_____
residente in Via_____CAP_____CITTA'_____

DICHIARA

di essere madre/padre di_____
nato/a_____il_____
e di non aver limitazione alcuna di potestà. Dichiara inoltre che la documentazione sanitaria riferita al minore di cui sopra è richiesta per l'esercizio delle facoltà previste dalla vigente normativa.

IL DICHIARANTE

_____
(firma per esteso leggibile)

oooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooo

Ufficio Copie Cartelle Cliniche – IOR

Ai sensi dell'art. 20 L. 4/4/01 1968 attesto che la presente sottoscrizione è stata apposta in mia presenza dal dichiarante Sig./Sig.ra

---

Identificato/a con documento_____
E preventivamente ammonito sulle responsabilità penali cui può incorrere in caso di dichiarazione mendace.

Il funzionario incaricato

_____

Bologna, li

Istituto Ortopedico Rizzoli
Sede legale Via Di Barbiano, 1/10 - 40136 Bologna
Dipartimento Rizzoli-Sicilia SS113 al km 246 - 90011 Bagheria (PA)
Centro di Ricerca Via Di Barbiano, 1/10 - 40136 Bologna
Tel. 051/6366111 - Fax 051/580453 www.ior.it
Codice Fiscale e Partita IVA 00302030374