



Atto di Delega per la richiesta della Documentazione Sanitaria

Il/La sottoscritto/a cognome _____ nome _____

nato/a a _____ prov. _____ il ____/____/____ residente in

Via _____ n. _____ a _____

esercente la responsabilità genitoriale di _____

nato/a a _____ prov. _____ il ____/____/____

tutore/curatore/amministratore di sostegno di _____

nato/a a _____ prov. _____ il ____/____/____

erede di _____

nato/a a _____ prov. _____ il ____/____/____

deceduto /a in data _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del DPR 28/12/2000, n.445,

DELEGA

Cognome/nome _____

nato/a _____ prov. _____ il ____/____/____

ATTENZIONE:

Chiunque RICHIEDE la documentazione sanitaria DEVE presentare un documento di riconoscimento personale valido e la copia del documento di riconoscimento del delegante.

Il curatore o amministratore di sostegno delegante deve allegare anche copia del provvedimento.

_____,li _____

(Firma del dichiarante)