	Azienda ULSS n.1 Dolomiti	Mod 06 DdO
	Direzione di Ospedale Sedi di: Agordo – Belluno – Pieve di Cadore	Rev. 3 del 30/11/2022
	<u>DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' GENITORIALE</u>	Pag. 01 di 01

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
residente a _____
in via _____ n° _____ tel. _____

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace e falsità in atti come stabilito dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445,

DICHIARA DI ESERCITARE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE

In qualità di _____ del/della minore _____
nato/a a _____ il _____

DELEGA

Il/La sig/sig.ra _____
residente a _____
in via _____ n° _____
documento di riconoscimento _____ n° _____
rilasciato da _____ in data _____

(Attenzione: la persona delegata deve esibire il proprio documento al momento del ritiro)

A RITIRARE PER SUO CONTO
COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA



Data: _____ Firma _____

Nota sul rispetto della privacy: i dati contenuti in questo documento sono strumentali all'attività sanitaria e amministrativa, sono utilizzati per compiere specifici obblighi previsti da normative, avranno trattamento in conformità a quanto prescrivono la legge sul trattamento dei dati personali e le disposizioni attuative della medesima legge.

Sede di Agordo
Via Fontana, 35 – Agordo (BL)
Telefono 0437645630 – Fax 0437645270
E-mail: cartellecliniche.ag@aulss1.veneto.it

Sede di Belluno
Viale Europa, 22 – Belluno
Telefono 0437516255 Fax 0437516198
e-mail: cartellecliniche.bl@aulss1.veneto.it

Sede di Pieve di Cadore
Via Cogonie, 30 – Pieve di Cadore BL)
Telefono 0435341240 – Fax 0435341224
E-mail: dir.medica.pc@aulss1.veneto.it

	Azienda ULSS n.1 Dolomiti	Mod 06 DdO
	Direzione di Ospedale Sedi di: Agordo – Belluno – Pieve di Cadore	Rev. 3 del 30/11/2022
	<u>DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'</u> <u>(art. 47 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)</u>	Pag. 01 di 01

Il/La sottoscritto/a _____
 nato/a _____ il _____
 residente a _____
 in via _____ n° _____ tel. _____

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace e falsità in atti come stabilito dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445,

dichiara

- di essere figlio/a
- di essere moglie/marito
- di essere _____

ed erede legittimo/a del/della defunto/a _____
 nato/a _____ il _____
 deceduto/a _____ il _____

richiede

la fotocopia della cartella clinica del citato defunto per uso

- assicurativo
- pensionistico
- personale
- altro _____

Data: _____

Firma _____

Nota sul rispetto della privacy: i dati contenuti in questo documento sono strumentali all'attività sanitaria e amministrativa, sono utilizzati per compiere specifici obblighi previsti da normative, avranno trattamento in conformità a quanto prescrivono la legge sul trattamento dei dati personali e le disposizioni attuative della medesima legge.