

**RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA DI PERSONA DECEDUTA
E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(Artt. 46-47 del D.P.R. n. 445/2000)

(Compilare a cura di un erede)

Il / la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ prov _____

residente a _____ CAP _____ prov _____

via _____ n. _____ tel/cell _____

documento _____

avvalendosi delle disposizioni di cui all'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazione non veritiere, 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 LEGITTIMO IN QUALITA' DI _____

dati della persona deceduta

COGNOME _____ NOME _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ CAP _____ prov. _____

via _____ n. _____

deceduto/a il _____

CHIEDE COPIA DELLA SEGUENTE CARTELLA CLINICA

Cartella Clinica N. _____/_____

ricoverato/a presso questa Casa di Cure il ____/____/____ nel reparto di _____

Motivi della richiesta _____

Data _____ Firma _____

☐ PAGATO

☐ DA PAGARE

☐ DA SPEDIRE

☐ RITIRA IN CASA DI CURE

Dichiaro di aver ricevuto copia di cartella clinica

Data _____ Firma _____