

**AL DIRETTORE SANITARIO AOUP**  
**IO SOTTOSCRITTO GENITORE 1**

Avvalendomi delle disposizioni di cui all'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445, consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni previste dal CP e dalle leggi speciali in materia, sotto la mia responsabilità dichiaro di essere:

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
 CF \_\_\_\_\_ NATO/A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
 RESIDENTE A \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_  
 VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 TEL MOBILE\* \_\_\_\_\_ MAIL\* \_\_\_\_\_

\* DATI OBBLIGATORI

**IO SOTTOSCRITTO GENITORE 2**

Avvalendomi delle disposizioni di cui all'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445, consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni previste dal CP e dalle leggi speciali in materia, sotto la mia responsabilità dichiaro di essere:

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
 CF \_\_\_\_\_ NATO/A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
 RESIDENTE A \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_  
 VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 TEL MOBILE\* \_\_\_\_\_ MAIL\* \_\_\_\_\_

\* DATI OBBLIGATORI

**RICHIEDO LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**  
 – IN QUALITÀ DI GENITORE del paziente minore

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
 CF \_\_\_\_\_ NATO/A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
 RESIDENTE A \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_  
 VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

**INDICARE LA TIPOLOGIA DI DOCUMENTAZIONE RICHIESTA:**

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> PRONTO SOCCORSO | <input type="checkbox"/> CARTELLA CLINICA | <input type="checkbox"/> ESAMI RADIOLOGICI SU CD* | <input type="checkbox"/> REFERTO AUTOPTICO     |
| DATA RICOVERO O PRESTAZIONE              |   |   |  |
| DAL                                      | AL  | N.COPIE   | REPARTO E/O TIPOLOGIA ACCERTAMENTO RADIOLOGICO |
|  |   |   |  |
|  |   |   |  |
|  |   |   |  |

\* È possibile richiedere un singolo accertamento oppure più accertamenti radiologici eseguiti in un determinato periodo, specificando sempre, nella tabella, data e tipologia (es, RX Torace del ..../...../....., etc.)

| DALITÀ DI RITIRO E PAGAMENTO – SELEZIONARE LA MODALITÀ SCELTA |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/>                                      | INVIO PER POSTA ALL'INDIRIZZO DI RESIDENZA*  |
| <input type="checkbox"/>                                      | INVIO PER POSTA AD ALTRO INDIRIZZO* : c/o _____<br>VIA _____ N. _____<br>CITTA' _____ PROV _____ CAP _____ |

INVIO COPIA DIGITALE (.PDF) AL SEGUENTE INDIRIZZO (DEVONO COINCIDERE CON QUELLI RELATIVI AL RICHIEDENTE)

MAIL/PEC: \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO MOBILE (PER RICEZIONE PASSWORD APERTURA FILE MAIL) \_\_\_\_\_

RITIRO PRESSO UFFICIO RILASCIO DOCUMENTAZIONE SANITARIA – stabilimento Santa Chiara - Edificio 14/B, il lunedì e il mercoledì, dalle ore 8.30 alle 12.00. Il pagamento può essere effettuato anche presso l'Edificio 15 - Stabilimento Santa Chiara, esclusivamente con ~~carta di~~ bancomat (in caso di delega al ritiro presentare il modulo di DELEGA AL RITIRO e documenti di identità del delegato e del delegante)

Per informazioni telefonare al 050-992828 martedì e giovedì dalle 8:30 alle 12:00.

FIRMA \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**Allegare fotocopia del documento di identità del/i richiedente/i e del paziente minorenne**  
**Nel caso di responsabilità genitoriale in via esclusiva nei confronti del minore**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,

C.F. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, dichiara:

che l'altro genitore non può firmare il consenso perché:

- Deceduto;
- Impedito momentaneamente ad esercitare la responsabilità genitoriale ex art. 317 del Codice Civile;
- Decaduto dalla responsabilità genitoriale.

DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

FIRMA GENITORE \_\_\_\_\_,