

<p>Az. Osp. – Univ. Pisana</p>	<p align="center">DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO D.P.R. 28/12/2000 N.445 AL DIRETTORE SANITARIO</p>	<p align="right">T.03/P.A.09 Rev. 03 del 13/01/2017 Pag. 1 di 1</p>
---	---	--

COMPILARE IN STAMPATELLO E ALLEGARE ALLA RICHIESTA

IL SOTTOSCRITTO

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov _____

Residente a _____ Prov _____ Indirizzo _____

CAP _____ Recapito telefonico _____

Consapevole delle responsabilità previste dall'art.76 D.P.R.445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- di essere
- Esercente la potestà genitoriale del minore
 - Tutore/legale rappresentante/curatore/amministratore di sostegno (allegare provvedimento di nomina da parte del Giudice Tutelare del Tribunale)
 - Legittimo erede del defunto (specificare grado di parentela.....)
 - Altro, specificare

DEL SIGNORE/A

DEL MINORE

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov _____

e pertanto richiede a Codesta Amministrazione di poter ritirare la copia della documentazione sanitaria.

DATA _____

FIRMA _____

ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ (FRONTE RETRO)

⇒ FAX N. 050-992625 SEMPRE ATTIVO NELLE 24 ORE

⇒ E-MAIL ufficio.cartellecliniche@ao-pisa.toscana.it (allegare documenti in pdf)

Ai sensi del D.Lgs. 30/06/03 n°196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” si informa che i dati personali contenuti nella presente istanza saranno trattati al solo fine dell’evazione della richiesta stessa in forma cartacea e informatizzata in modo da assicurare la tutela e la riservatezza dei diritti del richiedente che potrà rivolgere istanza per far valere i propri diritti ai sensi dell’art. 7 del D.Lgs. 196/2003 presso l’U.O. Affari Generali AOUP, via Roma n°67 – 56126 Pisa, o presso la U.O. Relazioni con il Pubblico AOUP, via Roma n°67 – 56126 Pisa.