



Dipartimento di Prevenzione
S.C. Medicina Legale
Loc. Amerique, 7/L - 11020 Quart (AO)
Orari apertura Segreteria: mart. e giov. h 8:30-12
Tel. 0165.545804
mail: medlegale @ausl.vda.it
pec: medicinalegale@pec.ausl.vda.it

RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA (copia documentazione CML e/o altra documentazione sanitaria)

Io sottoscritt _____ nat_ a _____
il _____ residente a _____ (prov. _____) in via/fraz. _____
_____ telefono _____ mail PEC _____

consapevole delle **sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà** (qui rilasciata ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000)

in qualità di:

- ☐ intestatario della documentazione sanitaria richiesta
- ☐ genitore esercente la responsabilità genitoriale dell'intestatario della documentazione richiesta¹
- ☐ tutore / curatore dell'intestatario della documentazione richiesta¹
- ☐ delegato dell'intestatario della documentazione richiesta

CHIEDO di ☐ prendere visione
☐ estrarre copia autenticata

della seguente documentazione: _____

relativa ☐ a me stesso/a ☐ al/alla sig./sig.ra _____
nat_ il _____ a _____

per il seguente motivo (da indicare nel dettaglio obbligatoriamente)²: _____

Desidero ricevere la documentazione richiesta: ☐ via PEC ☐ tramite raccomandata A/R ☐ ritiro di persona

Alla presente richiesta deve essere allegata copia di un documento di identità valido.

Se la richiesta e/o il ritiro della documentazione saranno effettuati da un delegato, è necessario allegare:

1. Delega firmata dall'intestatario della documentazione sanitaria richiesta;
2. Copia di un documento di identità dell'intestatario;
3. Copia di un documento di identità del delegato.

Data _____

Firma del richiedente _____

¹ In questo caso deve compilare anche il modulo "Autodichiarazione tutore_curatore_esercente responsabilità genitoriale".

² Potrà essere richiesta documentazione aggiuntiva al fine di valutare la legittimità della Sua richiesta.