



Dipartimento di Prevenzione
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 RELATIVA A SOGGETTO DEFUNTO

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:

- ☐ coniuge non separato/a legalmente
- ☐ genitore esercente la responsabilità genitoriale¹
- ☐ tutore / curatore dell'intestatario¹
- ☐ figlio/a
- ☐ fratello/sorella
- ☐ altro (specificare)² _____

CHIEDO di

- ☐ prendere visione
- ☐ estrarre copia autenticata

della seguente documentazione: _____

relativa al/alla sig./sig.ra _____

nat_ il _____ a _____

decedut_ il _____ a _____

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

Alla presente richiesta deve essere allegata copia di un documento di identità valido del richiedente e, se disponibile, del soggetto defunto del quale si chiede documentazione.

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

Se il ritiro della documentazione sarà effettuato da un delegato, è necessario allegare:

1. Delega firmata dal richiedente
2. Copia di un documento di identità del richiedente
3. Copia di un documento di identità del delegato.

Data _____

Firma del richiedente _____

¹ In questo caso, compilare anche il mod. "Autodichiarazione tutore_curatore_esercente responsabilità genitoriale".

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