



AZIENDA USL VALLE D'AOSTA
UNITÉ SANITAIRE LOCALE VALLÉE D'AOSTE

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

S.C. Medicina Legale

Tel. 0165/774626 Fax 0165/774698

Email: medlegale@ausl.vda.it

Prot.n.

del

RICHIESTA COPIA VERBALE C.M.L. E/O ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/La sottoscritt _____

Nat_ a _____ il _____

Residente in _____

Tel. _____ nella sua qualità di:

- ☐ INTESTATARIO
- ☐ GENITORE ESERCENTE LA POTESTÀ
- ☐ TUTORE/CURATORE
- ☐ DELEGATO DALL'INTESTATARIO DEL VERBALE
- ☐ EREDE DELL'INTESTATARIO
- ☐ DELEGATO DAGLI EREDI

RICHIEDE

- ☐ Di prendere visione
- ☐ Di estrarre copia autenticata

dei seguenti atti amministrativi:

per i seguenti motivi:

SE IL RITIRO VIENE EFFETTUATO DA UN TERZO E' NECESSARIO ALLEGARE:

1. DELEGA FIRMATA DALL'INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA
2. FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL DELEGANTE
3. FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DEL DELEGATO

DATA _____ FIRMA DEL RICHIEDENTE _____



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
DI ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 DPR 445/2000)**

Il/La sottoscritt _____
nat_ a _____ il _____
residente a _____
consapevole delle sanzioni penali previste dall'Art. 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in
atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA

che il/la Sig. _____
nat_ a _____ il _____
residente in _____
è decedut_ a _____ il _____

di essere legittimato ai sensi dell'Art. 536 in quanto:

- ☐ coniuge
- ☐ figlio
- ☐ genitore
- ☐ altro ascendente _____ (specificare)
- ☐ altro discendente _____ (specificare)
- ☐ di essere l'erede istituito per testamento non impugnato
- ☐ di essere delegato dall'erede
- ☐ di essere l'erede legittimo ai sensi dell'art. 572 e che non esistono né eredi legittimari né testamentari (specificare il grado di parentela) _____

che gli altri eredi sono (indicare il nome, data di nascita e il grado di parentela con il de cuius)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Data e Luogo _____ Firma _____
(allegare documento d'identità)

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03 si precisa che i dati personali di cui sopra saranno trattati in modo lecito e corretto per la sola finalità del rilascio della copia della cartella clinica.

Firma del responsabile del procedimento _____