



**AZIENDA USL
VALLE D'AOSTA**

**UNITÉ SANITAIRE
LOCALE
VALLÉE D'AOSTE**

**Dipartimento di Prevenzione
SC Medicina Legale**

Loc. Amerique, 7/L - 11020 QUART (AO)

Tel. 0165.774626 - Fax 0165.774698

medlegale@ausl.vda.it

protocollo@pec.ausl.vda.it

RICHIESTA ESITI RISCONTRO DIAGNOSTICO (autopsia sanitaria)

Io sottoscritt _____ nat_ a _____

il _____ telefono _____ mail _____

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
- ☐ convivente (stesso nucleo familiare)
- ☐ figlio/a
- ☐ ascendente (genitore o nonno)
- ☐ fratello / sorella
- ☐ altro (specificare) _____

del defunto/a sig./sig.ra _____ nat_ il _____

a _____ e deceduto il _____

CHIEDO (scegliere una o entrambe le opzioni)

- ☐ di acquisire copia della seguente documentazione:
 - ☐ esito del riscontro diagnostico (cause della morte)
 - ☐ verbale esteso delle operazioni di autopsia
- ☐ di avere un incontro con i Medici che hanno eseguito il riscontro diagnostico per meglio comprendere gli esiti degli accertamenti:
 - ☐ SI (sarà contattato al numero di tel. da Lei indicato in intestazione)
 - ☐ NO

Desidero essere informato di eventuali informazioni cliniche inattese che potrebbero essere emerse dal riscontro diagnostico e che potrebbero avere una ricaduta sui consanguinei del defunto in termini di prevenzione di patologie o consapevolezza delle scelte riproduttive (per es. patologia che potrebbe avere una base genetica e/o familiare):

- ☐ SI
- ☐ NO

Data _____

Firma del richiedente _____

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