

RICHIESTA ESITI RISCONTRO DIAGNOSTICO (autopsia 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:

- ☐ coniuge non separato/a legalmente
- ☐ convivente (stesso nucleo familiare)
- ☐ figlio/a
- ☐ ascendente (genitore o nonno)
- ☐ fratello / sorella
- ☐ altro (specificare)¹ _____

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

a _____ e deceduto il _____

☐ **CHIEDO di acquisire copia dell'esito del riscontro diagnostico**

per il seguente motivo (da indicare obbligatoriamente) ¹: _____

In alternativa, desidero acquisire copia del verbale esteso delle operazioni necrosettorie ☐

Desidero avere un incontro con i Medici che hanno eseguito il riscontro diagnostico per meglio comprendere gli esiti degli accertamenti: ☐ NO ☐ SI (sarà contattato al numero di tel. da Lei indicato in intestazione per concordare un appuntamento)

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): ☐ NO ☐ SI

Data _____

Firma del richiedente _____

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

¹Potrà essere richiesta documentazione aggiuntiva al fine di valutare la legittimità della Sua richiesta.