



Villa Serena

Via del Camaldolino n° 8 - 47121 Forlì
Telefono: 0543.454111

Villa Igea

V.le A. Gramsci 42/44 - 47122 Forlì
Telefono 0543.419511

Villa Orchidee

Via Balducci 38 - 47121 Forlì
Telefono 0543.454225

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

Tel/Cel _____ N° documento d'identità (*) _____

consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia; consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione e consapevole altresì che ove i suddetti reati siano commessi per ottenere la nomina a un pubblico ufficio, possono comportare, nei casi più gravi, l'interdizione temporanea dai pubblici uffici, sotto la propria responsabilità

IN QUALITA' DI

- A. DIRETTO INTERESSATO (titolare della cartella clinica o altra documentazione sanitaria)
- B. DELEGATO
- C. GENITORE ESERCENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE NEI CONFRONTI DEL MINORE
- D. AFFIDATARIO DEL MINORE
- E. TUTORE
- F. CURATORE
- G. AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
- H. EREDE LEGITTIMO
- I. EREDE TESTAMENTARIO
- J. CONVIVENTE DEL DEFUNTO
- K. PERSONE IN UNIONE CIVILE DEL DEFUNTO
- L. LEGALE RAPPRESENTANTE
- M. ALTRO _____

Per i casi C

Dichiaro

Di esercitare la patria potestà sul minore _____
Nato a _____ il _____

Per i casi H, I, J, K

Dichiaro di essere

erede legittimo erede testamentario persona in unione civile convivente
del Sig. _____ deceduto il _____

e che le finalità per cui richiedo tali documenti sono:

- per esercitare i miei diritti patrimoniali che derivano dal decesso dell'intestatario della documentazione
- per difendere i miei interessi in sede giudiziaria

Eventuali note _____

CHIEDO IL RILASCIO DELLA COPIA, DI:

CARTELLA CLINICA N° _____ Intestata a _____
Inerente il ricovero dal _____ al _____ presso il reparto _____

N.B.: Non è previsto l'invio tramite mail per la copia di cartella clinica

ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (specificare) _____

Intestato a _____ **Eseguito il** _____

RITIRO DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Provvederò personalmente al ritiro con copia documento d'identità

Delego al ritiro il Sig. _____
nato/a a _____ il _____

che si presenterà con un documento di riconoscimento e il modulo di delega.

Chiedo che venga **spedito**, addebitandomi le spese di spedizione all'indirizzo:

Sig. _____

Indirizzo _____

C.A.P. _____ Città _____

Chiedo che venga spedito all'indirizzo **mail** _____

Data presentazione richiesta

Firma interessato/delegante

Firma delegato

La documentazione è stata ritirata da _____

Data _____ **Firma per ricevuta** _____

Firma dell'operatore che consegna _____

La documentazione è stata spedita il _____

Firma dell'operatore _____

(*) N.B. Nel caso in cui la presente richiesta non venga sottoscritta presso lo sportello, la medesima deve pervenire corredata da copia del documento di riconoscimento del richiedente.

Allegare sempre al presente modulo, copia del documento di riconoscimento (in corso di validità) del richiedente e del delegante ove previsto.

In caso di richiesta da parte del legale rappresentante (caso L) allegare mandato o procura. Nei casi D, E, F, G allegare provvedimento di nomina. Autodichiarazione sostitutiva per i casi C, H, I, J, K pagina 1 del presente modulo.