



# AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA

Ospedale "S. Carlo" di Potenza

Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano

Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 11

Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

## **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA'**

(artt. 46 e 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)

\_l\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

(a cura dell'Ufficio)

a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 75 del D.P.R. 445/00 sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere e dal successivo art. 76 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

### **DICHIARA**

di:

**esercitare la potestà genitoriale sul minore**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

**essere tutore/curatore di**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Estremi del provvedimento di nomina alla tutela/curatela:

\_\_\_\_\_

**essere legittimo erede di**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

decedut\_ il \_\_\_\_\_

**e, pertanto,**



# AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA

Ospedale "S. Carlo" di Potenza

Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano

Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 11

Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

a) chiede il rilascio di copia conforme della cartella clinica relativa al ricovero di  
(Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_,

avvenuto presso il reparto di:

\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ n. copie \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ n. copie \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ n. copie \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ n. copie \_\_\_\_\_

b) chiede il rilascio di copia conforme della documentazione clinica di Pronto Soccorso riferita a  
(Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_,

relativa all'accesso del giorno \_\_\_\_\_ n. copie \_\_\_\_\_

c) chiede la riproduzione dei sottoelencati esami radiografici, riferiti a  
(Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ (ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ )  
\_\_\_\_\_ (ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ )  
\_\_\_\_\_ (Pronto Soccorso del \_\_\_\_\_ )  
\_\_\_\_\_ (Pronto Soccorso del \_\_\_\_\_ )

La documentazione clinica verrà:

- ritirata personalmente dal\_\_ sottoscritt\_;
- spedita, a mezzo contrassegno con spese a carico del destinatario, all'indirizzo di residenza del\_\_ sottoscritt\_;
- richiesta e rilasciata al\_\_ Sig.\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

espressamente delegat\_ e munit\_ di copia fronte retro del documento di riconoscimento in corso di validità del\_\_ sottoscritt\_.

IL DICHIARANTE

Potenza, lì \_\_\_\_\_

---

Data consegna \_\_\_\_\_ Firma per ricevuta \_\_\_\_\_

Firma del dipendente \_\_\_\_\_