

Richiesta di Documentazione Sanitaria per soggetti minori

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
 e residente a _____ in via _____ n° _____
 stato civile _____ telefono _____ documento d'identità _____
 n° _____ rilasciato da _____ in data _____ **avvalendosi della
 facoltà concessa dall'art.46 del DPR 445/2000, consapevole del potere di accertamento d'ufficio ai
 sensi dell'art.43 del DPR 445/2000 e delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni non veritiere
 previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, sotto la propria personale responsabilità**

DICHIARA

1. di aver preso visione delle informazioni riportate nel documento "informativa ex art.13 del D.Lgs 196 del 30 giugno 2003" e di esprimere il consenso al trattamento dei propri dati da parte di ASUGI per la finalità e le modalità ivi descritte;

2. di essere: **Genitore del minorenne** _____ e di esercitare la responsabilità genitoriale
 congiuntamente all'altro genitore (cognome e nome) _____ nato/a a _____
 il _____ residente a _____ in via _____
 n° _____ telefono _____

presente non presente: informato, è concorde e mi autorizza a procedere per il minore

disgiuntamente all'altro genitore in forza del seguente provvedimento _____
 n° _____ in data _____ repertorio/registro _____

Autorità _____ di _____

3. **Genitore unico** in quanto ragazza madre vedovo/a unico genitore che ha riconosciuto il minore

4. **Terzo avente diritto** in forza di Delega dei/i genitori/e (allegare delega) Provvedimento
 _____ n° _____ in data _____ repertorio/registro _____

Autorità _____ di _____

CHIEDE

Copia delle seguenti cartelle cliniche:

c.c.n. _____ del _____ Struttura di degenza _____

c.c.n. _____ del _____ Struttura di degenza _____

c.c.n. _____ del _____ Struttura di degenza _____

Certificato di degenza del ricovero avvenuto in data _____

copia dei seguenti referti _____

altro _____ del/della minore _____

nato/a a _____ i _____ residente a _____

in via _____ n° _____

Luogo e Data _____ Firma _____