



**RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DI PERSONA DECEDUTA**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(Artt. 46-47 del D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

(allegare fotocopia documento)

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

valendosi delle disposizioni di cui all'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazione non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 dello stesso D.P.R. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità:

**DICHIARA**

di essere legittimo erede di \_\_\_\_\_

(allegare Certificato di Morte)

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

deceduto/a il \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

COPIA DELLA CARTELLA CLINICA relativa al ricovero effettuato c/o il reparto di

\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Modalità ritiro:

- Allo sportello
- Spedire a \_\_\_\_\_

Gallipoli, li \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

Documentazione ritirata il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ Documento

Firma per ricevuta \_\_\_\_\_