

**MODULO PER LA RICHIESTA DI VISIONARE GLI ACCESSI AL DOCUMENTO SANITARIO ELETTRONICO**

Io sottoscritto (nome e cognome) \_\_\_\_\_

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

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

All D 2 septies

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

in nome proprio,

ovvero

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, in

caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, **Dichiaro** ai sensi dell'art. 47 del

D.P.R. n. 445/2000 la mia qualità di rappresentante \_\_\_\_\_ (specificare se

genitore, tutore, amministratore di sostegno) del/la Sig./Sig.ra (nome e cognome) \_\_\_\_\_

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

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

e in tale qualità

**CHIEDO DI VISIONARE GLI ACCESSI AL DOCUMENTO SANITARIO ELETTRONICO**

**CHIEDO DI VISIONARE GLI ACCESSI AL DOCUMENTO SANITARIO ELETTRONICO DEL RAPPRESENTATO**

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma dell'interessato \_\_\_\_\_

A cura dell'operatore incaricato:

identificato l'interessato a mezzo documento \_\_\_\_\_ n.

rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_