MODULO PER LA RICHIESTA DI DEOSCURAMENTO EVENTO CLINICO SU DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO

All D 2 quinquies

Io sottoscritto (nome e cognome) _____

nato a _____ il ____/____/____

codice fiscale

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 IL DEOSCURAMENTO DELL'EVENTO CLINICO IN DATA _____ , SOTTO MEGLIO INDIVIDUATO

_____

_____

_____

Data ____/____/____ Firma dell'interessato _____

A cura dell'operatore incaricato:
identificato l'interessato a mezzo documento _____ n. _____
rilasciato da _____ il_____

Data _____ **Firma: _____**