

**RICHIESTA COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA  
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE**

**Attenzione:** è obbligatorio allegare copia fronte/retro del documento di identità in corso di validità del richiedente intestatario o avente diritto

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
n° cellulare \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità civili e penali, così come stabilito dagli art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti atti non rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità

**IN QUALITA' DI (barrare la voce interessata):**

- titolare della documentazione       erede legittimo/testamentario (allegare dichiarazione sostitutiva)  
 persona delegata       genitore esercente la responsabilità genitoriale  
(allegare dichiarazione sostitutiva)  
 tutore/curatore/amministratore di sostegno (allegare atto di nomina e dichiarazione sostitutiva)

**CHIEDE COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:**

**INTESTATA A:** (cognome e nome) \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**MOTIVAZIONE:**

**CONSEGNA DOCUMENTAZIONE**

- Ritiro presso il servizio interessato  
 Delega al ritiro della documentazione il Sig.re/ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

che si presenterà al ritiro esibendo un proprio documento d'identità e copia del documento d'identità del delegante

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

FIRMA \_\_\_\_\_