

RICHIESTA COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA TERRITORIALE

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 _____