

**RICHIESTA DOCUMENTAZIONE/CERTIFICATI/CARTELLA CLINICA**

*(ai sensi dell' art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_

Diretto Interessato

**OVVERO (da compilare solo se il richiedente non è il diretto interessato)**

Tutore       Amministratore di sostegno       familiare autorizzato (specificare) \_\_\_\_\_

Esercente potestà genitoriale       legale Rappresentante

del Paziente (cognome e nome) \_\_\_\_\_

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

**CHIEDE**

A codesta Struttura \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Firma del richiedente: \_\_\_\_\_

**N.B.: acquisire copia del documento d'identità del richiedente in corso di validità.**

**AUTORIZZAZIONE DEL RILASCIO DEL DOCUMENTO DA PARTE DEL DIRETTORE SANITARIO**

**SI AUTORIZZA**

**NON SI AUTORIZZA**

Data: \_\_\_\_\_

Firma del Direttore Sanitario: \_\_\_\_\_

**A cura dell'assistente sociale:**

Il documento richiesto è stato consegnato in data: \_\_\_\_\_

Firma assistente sociale

\_\_\_\_\_