



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

SOC DIREZIONE SANITARIA PRESIDIO OSPEDALIERI VERBANIA-DOMODOSSOLA

Sede legale: Via Mazzini 117 – 28887 Omegna (Vb)

Sede Operativa Verbania Tel. 0323 541320/580 Fax 0323 541399 e-mail: dsanitaria@aslvco.it – dsanitaria.vb@aslvco.it

Sede Operativa Domodossola Tel. 0324 491440 Fax 0324 491365 - e-mail: dsanitaria.do@aslvco.it

Modello cc/4

**All'Ufficio Cartelle Cliniche
Presidio Ospedaliero di**

.....
(luogo e data)

Dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 D.P.R. 28-12-2000, n. 445)

Il /la sottoscritto/a codice fiscale

nato/a a(.....)..... il

residente a(.....) in via.....

..... n.telefono

consapevole della responsabilità che assume e delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsita' in atti e uso di atti falsi così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA di essere il **tutore** del minore

nato/ a il.....

CHIEDE il rilascio di copia conforme della cartella clinica del minore sul ricovero avvenuto

dalal.....nel reparto di

dalal.....nel reparto di

dalal.....nel reparto di

dalal.....nel reparto di

per il seguente motivo:

Firma del Tutore

Data e Firma Per Ricevuta

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003:..... " I dati riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo"

Si allega copia fotostatica di un documento di identità del Tutore e dell'atto di nomina del Tutore da parte del Giudice Tutelare.

NOTA: la consegna avverrà nei termini di legge.

