



**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 PRESIDI 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](mailto:dsanitaria@aslvco.it) – [dsanitaria.vb@aslvco.it](mailto:dsanitaria.vb@aslvco.it)

Sede Operativa Domodossola Tel. 0324 491440 Fax 0324 491365 - e-mail: [dsanitaria.do@aslvco.it](mailto:dsanitaria.do@aslvco.it)

Modello cc/5

**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 responsabilita' 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/della Sig./Sig.ra ..... **interdetto/a**

**il curatore** del/della Sig./Sig.ra .....

**minorenne emancipato/a**

**inabilitato/a**

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

dal .....al.....nel reparto di .....

dal .....al.....nel reparto di .....

dal .....al.....nel reparto di .....

dal .....al.....nel reparto di .....

per il seguente motivo: .....

Firma del Tutore /Curatore

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 / Curatore e dell'atto di nomina del Tutore / Curatore**

**NOTA: la consegna avverrà nei termini di legge.**





**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

---