



A.S.L. TO5

Azienda Sanitaria Locale
di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino

**S.C. Direzione Sanitaria
dei Presidi Ospedalieri Riuniti
di Carmagnola, Chieri e Moncalieri**

Direttore f.f.: Drssa. Barbara MITOLA

Sede legale – Piazza Silvio Pellico, 1 – 10023 Chieri (TO) - C.F. e P.I. 06827170017 - www.aslto5.piemonte.it

Allegato B

AUTOCERTIFICAZIONE PER RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DI MINORE

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
C.F. _____ nato/a a _____
il _____ e residente a _____
in Via _____ CAP _____ Prov. _____
Cellulare _____ email _____
sotto la propria responsabilità (art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000)

DICHIARA

di essere:

Padre Madre Tutore/Curatore/Affidatario

(nel caso di Tutore/Curatore/Affidatario del minore, allegare provvedimento attestante la titolarità del richiedente)

del minore Cognome _____ Nome _____
C.F. _____ nato/a a _____ il _____

e, pertanto, di avere pieno diritto a richiedere la **copia** e la **spedizione cartacea e/o digitale** della documentazione sanitaria sopra menzionata, sollevando l'Azienda Sanitaria Locale TO5 da ogni responsabilità anche relativa allo smarrimento o alla visione della stessa da parte di terzi non autorizzati, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000.

LUOGO, DATA

FIRMA LEGGIBILE

Ai sensi dell'art. 38 d.p.r. n. 445/2000, allegare copia del documento di identità