



**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.: Dr.ssa Barbara MITOLA

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

## Allegato C

### **AUTOCERTIFICAZIONE PER RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DI PAZIENTE DECEDUTO**

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 un erede del/della Sig./Sig.ra

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
deceduto/a il \_\_\_\_\_, con il/la quale ha la seguente relazione di  
parentela \_\_\_\_\_

Dichiaro, infine, 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**