

AUTOCERTIFICAZIONE PER RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DI MINORE - Modulo B -

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a a _____ il _____
e residente a _____ in Via _____
_____ CAP _____ Prov. _____ tel. _____

sotto la propria responsabilità e a conoscenza delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'artt. 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 _____

nato/a a _____ il _____

e, pertanto, di avere pieno diritto a richiedere la **copia** e la **spedizione cartacea e/o elettronica** della documentazione sanitaria sopra menzionata, sollevando la Fondazione Luigi Maria Monti – IDI IRCCS 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.

Con riferimento all'informativa generale in ambito sanitario di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, esposta presso i locali della Fondazione e consultabile sul sito web di quest'ultima, www.idi.it, io sottoscritto dichiaro di essere informato che la Fondazione tratterà i miei dati personali per il perseguimento di attività amministrative strumentali alla finalità di cura, quale l'invio della documentazione sanitaria come da mia richiesta.

LUOGO, DATA

FIRMA LEGGIBILE

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