

## AUTOCERTIFICAZIONE PER RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DI PAZIENTE DECEDUTO

### - Modulo C -

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'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000

### **DICHIARA**

di essere un erede legittimo del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

deceduto/a il \_\_\_\_\_, con il/la quale ha la seguente relazione di parentela \_\_\_\_\_.

Dichiaro altresì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dichiaro, infine, di avere pieno diritto a richiedere la **copia** e la **spedizione 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](http://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**