



REGIONE DEL VENETO
 AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA
 DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA
 SERVIZIO CARTELLE CLINICHE E MICROFILM

RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA DI PERSONA DECEDUTA E

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE.

(Art. 46-47 del DPR N. 445/2000)

(Compilare a cura di un erede)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

NATO/A ILA..... PROV.....

RESIDENTE ACAP..... PROV.....

ViaN. TEL/CELL.....

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'ART. 76 dello stesso D.P.R. 445 / 2000

DICHIARA:

DI ESSERE EREDE LEGITTIMO IN QUALITA' DI.....
(specificare grado di parentela)

DINATO / A.....IL.....

RESIDENTE ACAP..... PROV.....

VIAN.....

DECEDUTO/A IL.....

CHIEDE:

COPIA CARTELLA CLINICA **DAL****AL**.....

CD esami radiologici effettuati (specificare quali).....

ritiro allo sportello

spedizione all'indirizzo.....

IL DICHIARANTE

DATA/...../.....

La richiesta deve essere inviata per lettera o **via fax al N. 049/821.3056 con allegata copia del documento di identità dell' erede + copia del versamento di 15,00 euro sul CCPostale N. 13030358 intestato a: A.O.P. prestazioni Ospedaliere-servizio tesoreria; nella causale: acconto cartella clinica. Oppure IBAN IT 69 C010 3012 1340 0000 1100 168**
 Per comunicazioni telefoniche chiamare il numero 049/8213055 dalle ore 08.30 alle ore 09.30 e dalle ore 14.00 alle ore 15.00