

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it
C.F. e P.I. 00821180577

DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA
UFFICIO RILASCIO CARTELLE CLINICHE
Tel. 0746278360 - mail: archivio.cartellecliniche@asl.rieti.it
pec: richiestacartellecliniche.asl.rieti@pec.it

MODULO “D”

AUTOCERTIFICAZIONE PRIMO ACCESSO ALLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA
(D.P.R. 445/2000)

IL SOTTOSCRITTO

COGNOME E NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

CELLULARE _____ PEC/Email _____

IN QUALITÀ DI (selezionare opzione):

- Intestatario
 Esercente la responsabilità genitoriale o Affidatario/Tutore/Curatore/assistente di sostegno sull'Intestatario

 Delegato
 Altro (specificare) _____

Dati dell'Intestatario della cartella clinica (**non compilare se coincide con il soggetto richiedente**)

COGNOME E NOME _____

LUOGO e DATA DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

che il presente è il primo accesso alla documentazione sanitaria dell'intestatario suindicato.

DATA _____ FIRMA _____

Si allega documento d'identità del dichiarante