

**AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**  
Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: [asl.rieti@pec.it](mailto: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](mailto:archivio.cartellecliniche@asl.rieti.it)  
pec: [richiestacartellecliniche.asl.rieti@pec.it](mailto: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  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