

**Alla UOC Direzione Medica di Presidio  
A.O. "Ospedali Riuniti Marche Nord"**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_

ai sensi degli artt. 46, 47, 48 del DPR n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del citato Decreto per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci e preventivamente informato, autorizzo la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo a norma della legge 675/96

**DICHIARA**

di essere erede, in qualità di \_\_\_\_\_  
del Sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
deceduto/ricoverato in data \_\_\_\_\_ nella SOC \_\_\_\_\_

Chiede il rilascio della copia autentica della:

- Scheda di trasporto sanitario  data \_\_\_\_\_ luogo \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_
- Scheda di chiamata 118  data \_\_\_\_\_ luogo \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_
- Verbale di Pronto Soccorso  data \_\_\_\_\_
- Certificato di riscontro diagnostico  data \_\_\_\_\_  
(autopsia)

Impossibilitato a presentarsi personalmente dichiara di aver delegato il/la

Sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

a ritirare la copia della documentazione richiesta.

Firma del richiedente

Pesaro, \_\_\_\_\_

L'impiegato addetto

Per ricevuta della documentazione (firma e data) \_\_\_\_\_

Estremi documento identificativo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

In conformità alla normativa vigente: DPR 445/2000

Esente da imposta di bollo ex art. 14 DPR n. 642 del 26/10/1972 e successive modificazioni.