



**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 esercente la _____ (potestà, tutela o cura) 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.

MOD. 3/DMP