

**RICHIEDTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA DI MINORE +**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(Artt. 46-47 del D.P.R. n. 445/2000)

(Compilare a cura del genitore o di chi esercita la potestà genitoriale o la tutela/curatela)

Il / la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

valendosi delle disposizioni di cui all'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazione non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 dello stesso D.P.R. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità:

**DICHIARA:**

**DI ESERCITARE LA PATRIA POTESTA' GENITORIALE IN QUALITA' DI \_\_\_\_\_**

(dati del minore)

\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

**e CHIEDE COPIA DELLA SEGUENTE CARTELLA CLINICA**

REPARTO \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

REPARTO \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

**Modalità ritiro:**

Allo sportello

Spedire a: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto ai sensi del D.Lgs. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) e successive modificazioni ed integrazioni, acconsente che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Firma del dichiarante

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Presentare il modulo con fotocopia di documento di identità valido del richiedente (il delegato deve essere munito di documento in originale). **La richiesta può anche essere inviata via fax al n. 0464/586298 con allegata copia del documento di identità + copia del versamento (vedi tariffe), sul conto corrente bancario IBAN: IT67B0306968873100000001147 intestato a Kos Kare s.r.l., con causale: copia cartella clinica.**  
Per informazioni o chiarimenti chiamare il numero 0464/586200 dalle ore 08:00 alle ore 20:00.

**TARIFFE:**

- **fino a 20** fogli: **euro 20,00** (venti/00) eventuali spese di spedizione comprese;
- **più di 20** fogli: **euro 40,00** (quaranta/00) eventuali spese di spedizione comprese.

**NOTA BENE:**

- Ritiro allo sportello: prima di presentarsi allo sportello è consigliabile chiamare al n. 0464/586200 operativo tutti i giorni dalla ore 08:00 alle ore 20:00 per assicurarsi che la documentazione sia disponibile;
- La cartella clinica del minore può essere richiesta **solo** dal genitore che ne eserciti la potestà genitoriale, o la tutela/curatela;
- Per il ritiro allo sportello può essere delegata una terza persona che dovrà presentarsi munita del proprio documento **in originale**, delega specifica per il ritiro della cartelle e **copia** del documento del genitore che ha richiesto la documentazione;
- Se nella richiesta non viene specificata la modalità del ritiro, si procederà alla spedizione all'indirizzo di residenza;
- In caso di mancato ritiro della documentazione, a sei mesi dalla sua preparazione, verrà inviata una lettera di sollecito all'utente che sarà tenuto al ritiro o alla richiesta di invio a domicilio entro 30 giorni. Trascorso tale periodo la Struttura si riserva di provvedere al recupero economico.