

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE PER IL RITIRO DEL REFERTO (art. 47 D.P.R. 28/12/2000 N. 445)

(doc. 2.2 agg. 01/12/2020)

compilazione a cura del richiedente
in stampatello

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____

| | | | |
|---|---|----------------------------------|--------------------------------------|
| estremi del documento identificativo | <input type="checkbox"/> Carta d'identità | <input type="checkbox"/> Patente | <input type="checkbox"/> Altro |
| | n° _____ | | |
| | rilasciato da _____ il _____ | | |

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

dichiara di essere

- il Genitore

 il Tutore

 il Curatore
 l'Amministratore di sostegno

 altro

del/la Sig./Sig.ra _____ nato il _____

e pertanto chiede di ritirare il referto delle analisi /accertamenti effettuati dal/la predetto/a in data _____ presso il Reparto di _____

Firma

Data _____

- La dichiarazione deve essere accompagnata da originale oppure fotocopia del documento di identità del dichiarante.
- I dati saranno trattati esclusivamente ai fini della presente dichiarazione e nel rispetto di quanto previsto dal GDPR 679/2016.

Azienda ULSS n. 5 - Presidio Ospedaliero di Rovigo
Viale Tre Martiri n. 140 – 45100 Rovigo
Tel. n. 0425-394316 - Fax 0425-394419

Azienda ULSS n. 5 - Presidio Ospedaliero di Trecenta
Viale Prof. Ugo Grisetti n.265 – 45035 Trecenta (RO)
Tel. n. 0425-725201 - Fax 0425-725228

Azienda ULSS n. 5 - Presidio Ospedaliero di Adria – Ospedale Vecchio
Piazza degli Etruschi n. 9 – 45011 Adria (RO)
Tel. n. 0426-940398 – Fax 0426-940415