

PRIMA PARTE

Il/La sottoscritto/a _____ (in stampatello),

CF _____ nato/a _____ Prov. _____ il ____ / ____ / ____

Consapevole delle responsabilità civili e penali, così come stabilito dagli art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti atti non rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità

IN QUALITA' DI☐ Titolare della documentazione☐ Genitore (allegare dichiarazione sostitutiva) di:

Nome: _____ CF: _____

☐ Tutore/curatore/amministratore di sostegno (allegare atto di nomina) di:

Nome: _____ CF _____

RICHIEDE COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE SANITARIA☐ Esame/Visita eseguito/a in data ____ / ____ / ____☐ Altro:

.....
.....
.....

Allego fotocopia del documento _____ n° _____

Data ____ / ____ / ____

Firma

SECONDA PARTE

CONSEGNATO IN DATA ____ / ____ / ____

Firma operatore che consegna:

Firma di chi riceve i documenti: