



DIREZIONE DI PRESIDIO  
UFFICIO ARCHIVIO CARTELLE CLINICHE  
TEL. 0825-203335

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLA CERTIFICAZIONE

(Art. 2 legge 4 gennaio 1968 n. 15 come modificato dall'art. 3 comma 10 legge 15 maggio 1997 n. 127 e successive modifiche e d integrazioni, nonché regolamento di attuazione DPR n. 403/1998)

\_\_\_l\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace e della decadenza automatica dei benefici conseguiti, qualora da eventuali controlli emerga la non veridicità del contenuto del presente atto,

DICHIARA

di essere erede di \_\_\_\_\_

nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e deceduto il \_\_\_\_\_.

\_\_\_l\_\_\_ sottoscritt \_\_\_ conferma, sotto la sua responsabilità la veridicità di quanto

sopra e

CHIEDE

COPIA della CARTELLA CLINICA relativa al ricovero effettuato presso l'U.O. di

\_\_\_\_\_ dell'A.O. S. Giuseppe Moscati

Avellino, li \_\_\_\_\_

*Firma del dichiarante* \_\_\_\_\_

### Tariffe:

copia cartella clinica: **euro 10,00** se si ritira presso lo sportello Cartelle Cliniche