

Modulo per la richiesta di de-oscuramento di un evento clinico

All'Ufficio Rapporti con il Pubblico
Via Degasperi 77 (Palazzo Stella) 38123 Trento
e-mail: urp@apss.tn.it

Il sottoscritto (nome e cognome)

nato a

il / / codice fiscale

residente a (Comune, Provincia, Stato)

in via (indirizzo)

Il sottoscritto (nome e cognome)

nato a

il / / codice fiscale

residente a (Comune, Provincia, Stato)

in via (indirizzo)

per (nome e cognome) nato a

il / / codice fiscale

residente a (Comune, Provincia, Stato)

in via (indirizzo)

dichiarando, consapevole di quanto prescritto dagli art. 76 e 73 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445, sulle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, di essere:

Esercente la responsabilità genitoriale. In tale caso **dichiarando altresì:**

di essere entrambi presenti;

di essere unico genitore presente, ma di avere informato della scelta l'altro genitore, che lo stesso è d'accordo e che potrà eventualmente intervenire se cambiasse idea;

di essere unico esercente la responsabilità genitoriale.

Informato che per ogni ulteriore informazione o necessità potrà rivolgersi all'Ufficio Rapporti con il Pubblico (<https://www.apss.tn.it/urp>).

CHIEDE

IL DE-OSCURAMENTO DEL/I SEGUENTE/I EVENTO/I CLINICO/I NELLA TREC DEL FIGLIO/DELLA FIGLIA MINORE SOPRA INDICATO/A: (indicare la prestazione sanitaria, la data di effettuazione della stessa e la sede ospedaliera o distrettuale, comprensiva di Comune, presso cui è stata erogata la prestazione sanitaria)

luogo e data

firma (estesa e leggibile)

firma (estesa e leggibile)

Ai sensi dell'articolo 38 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la presente domanda è stata:

② sottoscritta, previa identificazione del richiedente, in presenza del dipendente addetto

(indicare in stampatello il nome del dipendente)

② sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore/dei sottoscrittori.