



SAN GIUSEPPE MOSCATI - AVELLINO

AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALITÀ

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 _____