

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

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

Il sottoscritto (nome e cognome) _____ nato a _____
il _____ codice fiscale _____

Il sottoscritto (nome e cognome) _____ nato a _____
il _____ codice fiscale _____

PER

(nome e cognome) _____ nato a _____
il _____ codice fiscale _____

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
urp@asuit.tn.it - asuit@pec.asuit.tn.it

CHIEDE

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



	Data	Prestazione sanitaria	Luogo (struttura e Comune)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			

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:

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

(indicare in stampatello il nome del dipendente)

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