



Carlo Poma

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Mantova

RICHIESTA DI OSCURAMENTO/DEOSCURAMENTO EVENTI/EPISODI

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il giorno _____
codice fiscale _____
residente a _____ in via _____

per sé o in qualità di (produrre documentazione comprovante la qualità):

- Tutore Legale rappresentante Amministratore di sostegno
 Esercente la responsabilità genitoriale

di (nome e cognome) _____
nato/a a _____ il giorno _____
codice fiscale _____
residente a _____ in via _____

Acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del Reg. (UE) 679/2016 e consapevole di quanto prescritto dagli artt. 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

CHIEDO L'OSCURAMENTO DEI SEGUENTI EVENTI/EPISODI:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

CHIEDO IL DEOSCURAMENTO DEI SEGUENTI EVENTI/EPISODI:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

Luogo e data

Firma (estesa e leggibile)

Alla consegna presentarsi con documento di identità valido o con delega e documento anche del delegante.

Riservato all'ufficio

Raccolta cartacea:

matricola operatore _____ data _____ firma operatore _____

Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova

STRADA LAGO PAIOLO 10 - 46100 MANTOVA

CENTRALINO 0376/2011

CODICE FISCALE E PARTITA IVA 02481840201