

All'Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

U.O. di Medicina Legale

Segreteria disabili – Sede di

Tel. _____

Il sottoscritto _____ Tel. _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____

(Indirizzo completo)

munito di documento di identificazione: _____

N. _____ rilasciato da _____ il _____

CHIEDE

- 1) per se stesso
- 2) nella sua qualità di: (specificare i poteri rappresentativi e allegare delega)

del sig. (indicare di seguito il nominativo del titolare della documentazione richiesta qualora non coincida con il nominativo del richiedente)

_____ nato a _____

(Cognome Nome)

il _____ residente a _____

(Indirizzo completo)

(ALLEGARE ANCHE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA', DEL TITOLARE DELLA DOCUMENTAZIONE)

- il rilascio di fotocopia (copia semplice)**
- il rilascio di copia conforme all'originale**
- il rilascio di duplicato**

dei sotto elencati documenti amministrativi e/o certificazioni sanitarie (indicare tutti gli elementi necessari con data di rilascio etc., nel caso di richiesta di dati personali concernenti persone decedute devono essere indicati anche i motivi della richiesta) :

Luogo e data _____

(Firma dell'interessato o del suo delegato)

(data concordata per il ritiro _____)

Riservato all'Ufficio

La Segreteria della Commissione _____

Per ricevuta di consegna

Data: _____

(Firma del richiedente o suo delegato)