

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

.....
data di nascita luogo di nascita

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, (art. 76 del DPR n.445/2000)

IN QUALITÀ DI (barrare la voce di interesse)

- ☐ diretto interessato, se maggiorenne
- ☐ esercente la responsabilità genitoriale sul minore di seguito identificato (*)
- ☐ tutore o curatore o amministratore di sostegno di persona non in possesso della capacità di agire di seguito identificata (*)
- ☐ erede legittimo o testamentario del soggetto di seguito identificato (*)
- ☐ coniuge o figlio o, per mancanza di questi, parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado del soggetto di seguito identificato (*), il quale risulta temporaneamente impedito alla sottoscrizione della presente istanza per le seguenti ragioni connesse allo stato di salute (ex art. 4, comma 2 D.P.R. 445/2000):

.....
☐ legale rappresentante, munito di idoneo mandato o procura, del soggetto di seguito identificato (*)

(*) nome/cognome

data di nascita luogo di nascita

cod. fiscale

CHIEDE IL RILASCIO DI COPIA DEL REFERTO VIA POSTA ELETTRONICA ALL'INDIRIZZO

.....
(verrà inviato un link ad un archivio protetto e un messaggio tramite whatsapp con la password)

referito alla prestazione di

fatta in data

I dati personali conferiti saranno trattati da Examina esclusivamente per evadere la presente richiesta, in conformità al Regolamento (UE) 2016/679 e al D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii.

Data Firma del richiedente