

Il/La sottoscritto/a

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO	
Cognome	<input type="text"/>
Nome	<input type="text"/>
Data di nascita	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Comune o stato estero di nascita	<input type="text"/>
Codice fiscale	<input type="text"/>
Estremi documento di identificazione	
Tipo documento	<input type="text"/>
Numero	<input type="text"/> Data scadenza <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Tribunale di	<input type="text"/>
Estremi del provvedimento	<input type="text"/>
Data termine tutela	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. n. 445/2000) e in qualità di tutore legale/amministratore di sostegno

DICHIARA

di essere attualmente nelle condizioni e facoltà sopra descritte e di impegnarsi a comunicare qualsiasi eventuale variazione, e, per gli effetti

RICHIEDE

l'accesso ai Servizi Sanitari Online per il soggetto tutelato:

DATI DEL SOGGETTO TUTELATO	
Cognome	<input type="text"/>
Nome	<input type="text"/>
Data di nascita	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Comune o stato estero di nascita	<input type="text"/>
Codice fiscale	<input type="text"/>

Numero Pratica

Data / /

Firma _____