

 <p> Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Fatebenefratelli Sacco </p>	<p> Direzione Sanitaria ASST Fatebenefratelli Sacco </p> <p> ISTANZA DI RILASCIO DEL CERTIFICATO DI OBLIO ONCOLOGICO (legge 7 dicembre 2023, n. 193) </p>	<p> IDI 02 Rev. 00 del 12.12.2025 Rif.IDP_ASST_72 Pag. 1/1 </p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ISTANZA DI RILASCIO DEL CERTIFICATO DI OBLIO ONCOLOGICO
(legge 7 dicembre 2023, n. 193)

Il/La sottoscritto/a sig./sig.ra

nato/a,

il,

cod. fiscale,

residente a, Via, n., cap.

chiede il rilascio del certificato di "oblio oncologico" ai sensi della legge 7 dicembre 2023, n. 193.

Si allegano, a tal fine, i seguenti certificati:

Oggetto del documento/certificato	Struttura/medico che ha rilasciato la documentazione	Data di rilascio della documentazione

Attesto che le informazioni fornite nel presente modulo sono complete e veritieri, consapevole che omissioni e false dichiarazioni sono perseguitibili ai sensi di legge.

Data

Firma dell'interessato

.....

.....