

## **Autorització per sol·licitar documentació clínica de difunts**

---

### **Dades del titular de la història clínica**

Cognoms i nom

Núm. d'història clínica

CIP/NASS

Data de naixement

DNI

### **Dades de la personal sol·licitant**

Cognoms i nom

DNI

Adreça

Localitat

Codi postal

Telèfon

Condicció de la persona sol·licitant

- hereva  
 persona autoritzada

Signatura de la persona sol·licitant

Lloc i data

### **Documentació que aporta**

- certificat de defunció  
 document acreditatiu de la persona autoritzada pel difunt  
 acreditació de la condició d'hereva  
 DNI  
 fotocòpia del llibre de família  
 altra (cal especificar-la)