

MODULO RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

La documentazione verrà rilasciata entro 7 giorni dal termine della procedura di presentazione della domanda

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ () il _____

residente a _____ CAP _____ prov. _____

in via/piazza _____ n. _____

tel. _____ e-mail _____

documento di identità n. _____ rilasciato da _____ il _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

(barrare la voce che interessa)

- di essere l'intestatario della documentazione sanitaria di essere erede legittimo
 di essere tutore di essere genitore esercente la potestà
come da allegata documentazione

CHIEDE

- copia della seguente documentazione sanitaria di

Cognome e Nome (se diverso dall'intestatario) _____ data di nascita _____

Ricovero dal _____ al _____

Ricovero dal _____ al _____

Ricovero dal _____ al _____

Altro (copie multiple, altra doc.) _____

PER USO

MEDICO ASSICURATIVO PENSIONE LEGALE ALTRO _____

MODALITÀ DI CONSEGNA

- Spedizione in contrassegno all'indirizzo sopra riportato o in alternativa a:

Cognome e Nome _____ residente a _____ () CAP _____

in via/piazza _____ n. _____

- Ritiro presso lo sportello dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 12.00 e dalle ore 15.00 alle ore 18.00

Il sottoscritto, ai sensi del R.E. 679/2016 e del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), acconsente che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Firma

Luogo, data _____

MODULO DI DELEGA

Io sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a _____ in via _____

delego

il sig./sig.ra _____

documento identificativo _____

al ritiro della documentazione (specificare): _____

Data _____

Firma del delegante

Firma del delegato

La delega deve essere accompagnata da fotocopia del documento di identità del delegante e da documento identificativo del delegato, ai sensi del D.P.R. 445/2000.

Autocertificazione da utilizzare per minori, incapaci ed interdetti

AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE (D.P.R. 445/2000)

Io sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a _____ in via _____

consapevole delle responsabilità civili e penali così come stabilito dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, sotto la mia responsabilità

dichiaro di essere

- il tutore/curatore
- il coniuge
- il genitore
- _____

del sig./sig.ra _____

pertanto chiedo a codesta amministrazione di poter ritirare la documentazione.

SPECIFICARE: _____

Data _____

Firma _____

I dati sopraindicati saranno trattati nel rispetto di quanto stabilito dal R.E. 679/2016 e dal D.lgs. 196/03 e s.m.i. per la tutela dei dati personali.