

MODULO DI RICHIESTA/DELEGA PER IL RITIRO DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

Spett.le
CASA DI RIPOSO DON F. CREMONA ONLUS
PALAZZOLO SULL'OGLIO (BS)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via/piazza _____ n. _____
tel. _____ C.F. _____

ALLEGARE copia di un documento di riconoscimento valido del richiedente

IN QUANTO

- diretto interessato
- referente
- amministratore di sostegno
- tutore legale

Dichiara di avere l'assenso di altri aventi diritto a richiedere e ritirare il documento di cui alla presente istanza, assumendone tutte le eventuali responsabilità

CHIEDE il rilascio, per gli usi consentiti dalla legge, di:

- COPIA CONFORME DELLA CARTELLA CLINICA, IN CARTA LIBERA

relativa alla degenza o ad altra prestazione sanitaria fruita da:

il/la Sig./ra _____ nato/a _____ il _____
C.F. _____, presso l'U.O di _____ del Presidio
Osp.ro/Distretto _____ in data _____ (*)

Il sottoscritto DICHIARA sotto la propria responsabilità di essere a conoscenza di quanto previsto degli artt. 71, 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, sulla responsabilità penale prevista per chi rende false dichiarazioni, sui relativi controlli e sulla conseguente decadenza dei benefici in caso di verifica di dichiarazione non veritiere e di aver preso atto dell'informativa sul trattamento dei dati personali forniti con riguardo al presente procedimento, ai sensi degli artt. 13 e 23 del D. Lgs. 196/2003, e di acconsentire al trattamento dei dati personali forniti con riguardo al presente procedimento, all'eventuale elaborazione dei dati ai fini statistici ed in forma anonima, al fine di migliorare il servizio ed alla trasmissione dei dati a soggetti interessati, per adempimenti previsti dalla normativa vigente.

Data _____ FIRMA _____

RITIRO DOCUMENTAZIONE

Il/La Sig./a _____

dichiara di ricevere in data _____ la documentazione richiesta.

FIRMA _____