

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

Spett.le SMI AURORA
Corso della Resistenza, 7
20821, Meda (MB)

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
 esercitante la potestà nei confronti del minore (1) _____
 esercitante la rappresentanza legale nei confronti di (2) _____
 essendo legittimo erede di (3) _____

Dichiara di avere l'assenso di altri aventi diritto a richiedere e ritirare il documento di cui alla presente istanza (altro genitore, altri eredi, ecc.), assumendone tutte le eventuali responsabilità

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

- COPIA CONFORME DEL FASAS/CARTELLA CLINICA, IN CARTA LIBERA

relativa alla presa in carico fruita da:

il/la Sig./ra _____ nato/a _____ il
_____ C.F. _____, presso

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 _____

DELEGA

Il sottoscritto delega il/la Sig./ra _____
nato/a a _____ il _____ residente a
_____ in
via/piazza _____ n. _____, tel. _____
C.F. _____
al ritiro della sopra descritta documentazione.
Documento identità (tipo) _____ N° _____
rilasciato da _____ il _____
(ALLEGARE copia del documento)
Data _____ FIRMA _____

Documentazione richiesta da allegare per:

(1) esercitante la potestà nei confronti del minore:

- copia di un valido documento di identità;
- Stato di famiglia (anche autocertificato);

(2) esercitante la rappresentanza legale nei confronti di:

Nel caso di interdetto o inabilitato:

- copia di un valido documento di identità;
- copia della sentenza attestante il proprio stato di tutore o curatore o copia integrale dell'atto di nascita;

(3) essendo legittimo erede di:

- copia di un valido documento di identità;
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante la qualità di legittimo erede, la relazione di parentela esistente con il defunto, nonché l'indicazione dei dati anagrafici del defunto;

RITIRO DOCUMENTAZIONE

Il/La Sig./a _____
dichiara di ricevere in data _____ la documentazione richiesta .
Documento identità (tipo) _____ N° _____
rilasciato da _____ il _____
(ALLEGARE copia del documento)

FIRMA _____