



**RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA E/O SANITARIA SOCIALE**

Il/la sottoscritto/a..... nato/a a .....

Il ..... residente a .....(.....) in Via.....nr.....

Telefono.....mail.....

in qualità di:

intestatario del fascicolo sanitario  familiare (grado di parentela).....

tutore  amministratore di sostegno  curatore

erede (che agisce in nome e per conto degli eredi)

**CHIEDE COPIA**

Della seguente documentazione sanitaria e/o FASAS: .....

Del/la signor/a..... nato/a a .....

il..... residente a ..... via .....nr.....

periodo di ricovero dal.....al.....

Motivazione (in caso di richiesta da parte di familiare o erede)

.....  
.....

Luogo e data .....

Firma leggibile.....

Allegare: copia documentazione idonea quale avente titolo a formulare la richiesta (sentenza/decreto di nomina; procura, ecc..)

copia documento identità

Informativa privacy:

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 i dati personali da lei conferiti con il presente modulo saranno trattati in modalità cartacea e informatizzata dal personale incaricato per le finalità connesse al rilascio della documentazione richiesta. I dati potranno essere comunicate a Pubbliche Amministrazioni o soggetti a cui tale comunicazione debba essere effettuata in adempimento di un obbligo previsto per legge o da un regolamento o da disposizioni impartite da Autorità anche ai fini di verifica della veridicità delle dichiarazioni rese. Resta esclusa la diffusione. Titolare del trattamento dei dati è Fondazione Giovanni Carlo Rota Onlus cui la richiesta viene rivolta. Lei potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti previsti all'articolo 15 e successivi del Regolamento Ue rivolgendosi al Titolare del trattamento.

Per presa visione

data..... (firma).....