



RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA E/O SANITARIA SOCIALE

REV.2 – 06/10/2023

Il sottoscritto/a

Nato/a il ___ / ___ / _____ a

Residente avia.....

(per eventuali comunicazioni) Numero di telefono email:

Documento d'identità n. rilasciato da **(che si allega in copia alla presente richiesta)**

In qualità di:

- Intestatario della documentazione richiesta (titolare del FASAS o altra documentazione sanitaria, maggiorenne)

ovvero in qualità di:

- tutore
- curatore
- amministratore di sostegno
- erede legittimo
- erede testamentario
- convivente del defunto
- persona in unione civile con il defunto
- altro (da specificare _____)

del/la (nome e cognome della persona)

nato/a il ___ / ___ / _____ a

La predetta qualità è attestata tramite:

- Autocertificazione: La presente da ritenersi quale "Dichiarazione sostitutiva ex art. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000": Dichiaro sotto la mia responsabilità di essere a conoscenza del fatto che chi sottoscrive dichiarazioni mendaci o false o dati non più rispondenti al vero soggiace a sanzione penale (art. 76 DPR 445/2000).
- Tramite la seguente documentazione (come allegata alla presente):

CHIEDE DI AVERE COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE

- FASAS

Ricovero dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____ presso il reparto di

- copia di altra documentazione da specificare:

impegnandosi a corrispondere previamente il relativo importo dovuto come di seguito specificato.

Modalità di consegna: copia cartacea con ritiro allo sportello al costo di € 15,00 fino a 60 pagine, € 0,25 ogni pagina ulteriore.



RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA E/O SANITARIA SOCIALE

REV.2 – 06/10/2023

(pagamento allo sportello o bonifico bancario anticipato da esibire con ricevuta: IBAN IT07D050345373000000005080; Causale del bonifico: “richiesta copia doc sanitaria di <nome paziente>”)

In caso di presentazione della presente richiesta in qualità di erede legittimo, erede testamentario, convivente del defunto o persona in unione civile del defunto, il richiedente dichiara con la presente di non essere a conoscenza di altri soggetti, aventi pari grado di parentela e/o di grado di parentela più stretto e/o altri eredi, contrari al rilascio di tale cartella clinica.

Il richiedente è edotto che la Fondazione Giovanni Carlo Rota avrà la facoltà di esigere ulteriore documentazione attestante la qualità del richiedente, ove quella depositata non sia ritenuta sufficiente e/o idonea, accettando sin d’ora di integrarla.

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.

Dichiarando altresì che

PROVVEDERA’ PERSONALMENTE AL RITIRO

DELEGANDO al ritiro il/la Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il ____/____/____

Data di presentazione della richiesta _____

Firma leggibile dell’interessato/delegante _____

ALLEGATI: Fotocopia fronte-retro del documento di riconoscimento (in corso di validità) del richiedente – Eventuale documentazione comprovante la qualità del richiedente

DA COMPILARE AL MOMENTO DEL RITIRO:

Firma leggibile del delegato _____

N.B.: Il delegato deve presentarsi munito del proprio documento d’identità e di copia del documento d’identità del titolare della documentazione sanitaria.

PARTE PER L’OPERATORE: Documentazione Consegnata in busta chiusa il _____

Firma per ricevuta _____