

## RICHIESTA COPIA CARTELLA SOCIO-SANITARIA

### INTESTATARIO DELLA CARTELLA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

*RICHIEDENTE (Compilare solo se persona diversa dall'intestatario)*

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci

### DICHIARA DI ESSERE

- Erede (*che agisce in nome e per conto degli altri coeredi*)
- Tutore\*
- Curatore\*
- Amministratore di sostegno\*

\* (*Allegare provvedimento di nomina del Giudice Tutelare del Tribunale*)

### CHIEDE

Copia della Cartella Socio-sanitaria: Reparto \_\_\_\_\_

Periodo di ricovero \_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Note: Il tempo di consegna della fotocopia della cartella socio-sanitaria è di 20 gg. dalla data di consegna della presente richiesta agli Uffici amministrativi, purchè siano trascorsi 15 gg. dalla dimissione e/o decesso.