

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.