

 FONDAZIONE "MONS. GIACOMO CARETTONI" ONLUS PONTE DI LEGNO	RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	M GC 11 AMM Rev.03 del 15/05/2023
--	--	--

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ residente a _____
via _____

in qualità di:

☐ titolare ☐ familiare (grado di parentela) _____
☐ tutore ☐ curatore ☐ amministratore di sostegno ☐ erede

n. carta di identità _____
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità
negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445,

RICHIEDE

il rilascio di:
COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Del Sig./Sig.ra _____

nato/a _____ Prov. _____ Il _____

residente a _____ Prov. _____

via _____

relativa al ricovero date:

dal _____ al _____ Nucleo _____



FONDAZIONE "MONSIGNOR GIACOMO CARETTONI" O.N.L.U.S.

R.S.A. – CENTRO DIURNO INTEGRATO – CURE DOMICILIARI – PPE

Motivazione della richiesta

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/o informatizzata dal nostro personale incaricato, per le finalità connesse al rilascio della documentazione da lei richiesta. I dati potranno essere comunicati a Pubbliche Amministrazioni o a soggetti cui tale comunicazione debba essere effettuata in adempimento di un obbligo previsto dalla legge, da un regolamento ovvero disposizioni impartite d autorità, anche ai fini di controllo della veridicità delle dichiarazioni rese. Titolare del trattamento è la Fondazione Mons. G. Carettoni Onlus di Ponte di Legno. Lei potrà in qualsiasi momento esercitare i suoi diritti ai sensi degli artt. 15 e succ. del Regolamento UE rivolgendosi al titolare del trattamento.

Ponte di Legno, _____

(Firma del richiedente)

Allegare documento di identità

Costo per il rilascio € 20,00

SEZIONE RISERVATA UFFICIO

Eseguite n. ____ fotocopie

Consegnata in data _____