



ALL. 3

RICHIESTA COPIA FASAS / DOCUMENTAZIONE CLINICA

INTESTATARIO-FASAS e /o DOCUMENTAZIONE CLINICA

Cognome _____ Nome _____

RICHIEDENTE

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Prov. _____ il ___/___/___

Residente in _____ Via: _____ n. _____

Esprimo alla Fondazione il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili nel rispetto della vigente normativa. Consapevole che ai sensi del D.P.R. 445/2000 art. 47, in caso di false dichiarazioni accertate dall'Amministrazione procedente, verranno applicate le sanzioni penali previste e che i comuni cittadini, stati e qualità certificabili ovvero attestabili da parte di soggetti pubblici italiani, ed a conoscenza che il trattamento dei dati personali è disciplinato ai sensi del D. Lgs. N. 196/2003 e s.i.m.

DICHIARA DI ESSERE

- Intestatario
- Delegato (allegare modulo di delega)
- Erede Legittimo
- Tutore (allegare copia dell'atto di nomina)
- Amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina)
- Medico di base (allegare modulo - di delega)
- Altro.....

COPIA del FASAS e DOCUMENTAZIONE CLINICA (la copia è rilasciata in via ordinaria non autenticata)

Tipo documento	Unità Operativa/Servizio	Dal	Al
FASAS completo (indicare periodo degenza)			
Estratto FASAS (indicare periodi temporali)			
REFERTI EMATICI, STRUMENTALI, VISITE			
Altro			

Data _____

Firma _____
(allegare documento di identità)

ISTRUZIONI:

- Consegnare la richiesta all'Ufficio Accettazione/Ragioneria
- Versare contestualmente la tariffa comunicata dall'Ufficio Accettazione/Ragioneria
- Ritirare la copia a partire dal 15° giorno lavorativo dalla richiesta presso l'Ufficio di Segreteria (da lunedì a venerdì dalle ore 9.00 alle ore 12.30).

INTESTAZIONE FATTURA A: (compilare solo se diverso dal richiedente)

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____ Telefono: _____

Data e firma di chi consegna _____ Firma di chi ritira _____