



ASL Foggia

PugliaSalute

Regione Puglia

ASL FG

Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Foggia

(Istituita con I.R. 28/12/2006 N. 39)

C.F. e P. I.: 03499370710

INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE

Il/La sottoscritto/a
nato/a , il
residente cap , tel
via
posta elettronica , documento d'identità

CHIEDE

n. copia della cartella clinica del ricovero avvenuto in data
U.O. di
n. copia referto di Pronto Soccorso, prestazione avvenuta il

Firma

Data

N.B. LA COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DEVE ESSERE RITIRATA ENTRO E NON OLTRE 180 GIORNI.

Richiedente (compilare solo se persona diversa dall'intestatario)

Il/la Sig/ra

Nato/a a , il

Residente a , Prov.

Via/P.zza , n.

Tel. , Posta elettronica , Documento d'Identità

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

..... dichiara di effettuare la richiesta nell'interesse del titolare incapace.

DICHIARA DI ESSERE:

Esercente la potestà genitoriale

Tutore*

Curatore*

Amministratore di sostegno*

*(Allegare provvedimento di nomina da parte del Giudice Tutelare del Tribunale)

Erede (che agisce in nome e per conto degli altri coeredi)

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma

Data

Firma per ricevuta

Doc. Identità