

**RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SOCIO-SANITARIA
AI SENSI DELLA LEGGE N. 24/2017**

Il /la sottoscritto/a (cognome e nome) _____
 nato/a _____ il _____
 residente in via/piazza _____ a _____
 indirizzo e-mail/recapito tel. per eventuali comunicazioni: _____

- in qualità di intestatario della documentazione richiesta
- in qualità di tutore/curatore/amministratore di sostegno (*allegare provvedimento*)
- in qualità di erede o chiamato all'eredità (*allegare dichiarazione sostitutiva atto notorietà*)

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci di cui all'art. 76 del DPR n. 445/2000

CHIEDE

- Per me stesso;
- Per il/la sig./sig.ra _____
 nato/a _____ il _____
 residente in via/piazza _____ a _____

IL RILASCIO DI N. _____ COPIA/E CONFORME/I ALL'ORIGINALE DI:

<input type="checkbox"/>	RILASCIO COPIA CERTIFICATO DI RICOVERO\ DIMISSIONE periodo di degenza dal _____ al _____
<input type="checkbox"/>	RILASCIO COPIA CD VISITA RADIOLOGICA del _____
<input type="checkbox"/>	RILASCIO COPIA CARTELLA CLINICA Periodo di degenza dal _____ al _____
<input type="checkbox"/>	ALTRO: _____

**Il/La sottoscritto/a, DICHIARA CHE LA RICHIESTA
È PER USO (indicazione obbligatoria):**

interesse personale _____
 a tutela del deceduto _____
 per ragioni familiari meritevoli di protezione (assicurativo, legale o medico) _____

Nel caso di Erede, altresì consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 75 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, dichiara di:

di agire anche in nome degli altri eredi di seguito indicati dai quali formalmente delegato (produrre delega e copia documento di riconoscimento di ciascun erede indicato)

di agire in via disgiunta dagli altri eventuali coeredi.

Il/la sottoscritto/a è informato che i dati forniti con la presente potranno essere utilizzati dall'FBC di Crema ai fini della verifica della esattezza e veridicità delle dichiarazioni rilasciate, nelle forme e nei limiti del DPR 445/2000 (norme sulla autocertificazione)

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i.

Data _____

Firma _____

Via Alfredo Di Dio 14 20020 Busto Garolfo (MI)

Tel. 0331-536944/6

mail: info@fondazioneilcerchio.it

www.residenzasanremigio.it