

Villa dei Cedri

Residenza Sanitaria Assistenziale
Via Monte Grappa, 59 23807 Merate (Lc)
Tel. 039 59101 . Fax 039 5910304
e-mail: reception@villadeicedri.net

RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Merate, data _____

Spett.le Direzione Sanitaria

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____

Nato/a a _____ (Prov. _____), il ____ / ____ / ____

Residente in _____ (Prov. _____), Via _____

n. _____, tel. _____, documento di identità _____ n. _____,

rilasciato da _____, il _____ (allegare copia del documento di identità)

CHIEDE il rilascio di copia di fascicolo socio-sanitario

relativa al ricovero dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

Intestato a:

- me stesso
- altra persona (in questo caso specificare qui di seguito):

Cognome e Nome _____

Nato/a a _____, il _____, Residente in _____

CAP _____, Prov. _____, Via _____, n. _____.

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000, **dichiara inoltre** di essere:

- titolare della documentazione
- tutore / curatore / amministratore di sostegno (allegare copia del provvedimento di nomina del Giudice Tutelare del Tribunale)
- erede (allegare copia della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà da cui risultino i nominativi di eventuali altri eredi)

Il costo per le spese di segreteria per la produzione della copia della documentazione sanitaria ammonta a Euro 100,00 da corrispondere al momento del ritiro del fascicolo socio-sanitario (in caso di ricovero inferiore ad un anno è prevista una riduzione della spesa del 50%).

Firma del richiedente _____

Allegati: Documento di identità Provvedimento del Giudice Tutelare Dichiarazione sostitutiva atto notorietà

Villa dei Cedri

Residenza Sanitaria Assistenziale
Via Monte Grappa, 59 23807 Merate (Lc)
Tel. 039 59101 . Fax 039 5910304
e-mail: reception@villadeicedri.net

RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il sottoscritto, inoltre, DELEGA al ritiro della documentazione:

Il/La Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____, il _____

residente in _____, Via _____ n. _____

Firma del richiedente delegante _____

N.B. Il delegato dovrà presentarsi munito di documento di identità valido.

OPPURE RICHIEDE

che la documentazione venga trasmessa, a mezzo posta raccomandata con ricevuta di ritorno, a spese del richiedente, al seguente indirizzo:

alla c.a. di _____,
Via _____ n. _____, Città _____,
CAP _____, Prov. _____

Si esonera Il Biffo RSA Srl - Villa dei Cedri da ogni responsabilità in caso di smarrimento, ritardo, mancata ricezione, eventuali violazioni della normativa privacy, alla stessa non imputabili, causati dall'invio tramite posta della documentazione richiesta.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. N. 196/2003 - I dati verranno trattati esclusivamente per gli scopi connessi al compimento di procedure di Il Biffo RSA Srl - Villa dei Cedri in merito al trattamento dei dati dei soggetti interessati al fine di tutelarne i diritti di riservatezza. I dati saranno conservati su supporto cartaceo e/o informatico secondo gli obblighi impartiti dalla normativa sul trattamento dei dati personali.

Il/La sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati nell'ambito del procedimento e degli adempimenti conseguenti.

Firma del richiedente _____

In data _____ il/la Sig./Sig.ra _____

ha ritirato la documentazione.

Firma per ricevuta _____

Villa dei Cedri

Residenza Sanitaria Assistenziale
Via Monte Grappa, 59 23807 Merate (Lc)
Tel. 039 59101 . Fax 039 5910304
e-mail: reception@villadeicedri.net

Diritti riscossi: Si No