

ASSOCIAZIONE MONTE TABOR

ENTE RICONOSCIUTO DECRETO 19 GENNAIO 1962 N. 115 - COD.FISC - P.IVA 03271350153

RICHIESTA DI COPIA FASAS

Alla Direzione Sanitaria

Il/La sottoscritto/a _____

Residente _____ Cap _____ Prov _____

Via/piazza _____ n° _____

Documento d'identità n° _____

Tel (campo obbligatorio) _____

Chiede in qualità di :

- Ospite
- tutore/curatore di persona interdetta o inabilitata
- amministratore di sostegno con delega specifica alla tutela della salute
- erede legittimo/erede testamentario
- altro _____

Copia conforme della documentazione clinica di:

Cognome e nome _____ Sesso M F

Nato a _____ il _____

Documento d'identità n° _____ Codice fiscale _____

Ricoverato presso _____

(firma del richiedente)

TIPO DI RICHIESTA

Per il rilascio della copia è previsto un tempo non inferiore ai 15 gg, con un costo di riproduzione pari ad € 0,30 per ogni pagina rilasciata.

TIPO DI RITIRO

- Direttamente presso Servizio Segreteria Ospiti
- All'indirizzo di posta ordinaria del richiedente