



ASSOCIAZIONE MONTE TABOR
ENTE DEL TERZO SETTORE ETS

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 _____

Data, _____ Firma del richiedente _____

Per il rilascio della copia è previsto un tempo non inferiore ai 7 gg, come da art.4 legge 24 (Gelli-Bianco) del 08/03/2017.

L'esame e il rilascio dei documenti è gratuito.

Il ritiro può avvenire

- ☐ Direttamente presso Servizio Segreteria della RSA
- ☐ All'indirizzo di posta ordinaria del richiedente

ASSOCIAZIONE MONTE TABOR ETS