

RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a

nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____

in qualità di:

- titolare
- familiare (grado di parentela) _____
- tutore
- curatore
- amministratore di sostegno erede

n. carta di identità _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445,

RICHIEDE

il rilascio di: COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Del Sig./Sig.ra _____

nato/a _____ Prov. _____ Il _____

residente a _____ Prov. _____ via _____

relativa al ricovero date:

dal _____ al _____ Nucleo _____

FONDAZIONE CASA DI SOGGIORNO PER ANZIANI

DOMENICO GIAMBONI – O.N.L.U.S.

Piazza Nicolini, 1 – 25048 Edolo (BS)



Iso 9001 n° 1115809

Motivazione della richiesta

Ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento UE 2016/679, i dati personali da lei conferiti con il presente modulo saranno trattati, in modalità cartacea e/o informatizzata dal nostro personale incaricato, per le finalità connesse al rilascio della documentazione da lei richiesta. I dati potranno essere comunicati a Pubbliche Amministrazioni o a soggetti cui tale comunicazione debba essere effettuata in adempimento di un obbligo previsto dalla legge, da un regolamento ovvero disposizioni impartite d'autorità, anche ai fini di controllo della veridicità delle dichiarazioni rese. Titolare del trattamento è la Fondazione Casa di Soggiorno per Anziani Domenico Giamboni ONLUS Onlus di Edolo. Lei potrà in qualsiasi momento esercitare i suoi diritti ai sensi degli artt. 15 e succ. del Regolamento UE rivolgendosi al titolare del trattamento.

Edolo, _____

(Firma del richiedente)

Allegare documento di identità

SEZIONE RISERVATA UFFICIO

Eseguite n. ____ fotocopie

Consegnata in data _____