

RICHIESTA CARTELLA SOCIO SANITARIA

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____
residente in _____ via/piazza _____ n° _____
tel./cell _____ e-mail _____ PEC _____

IN QUALITÀ DI:

- diretto interessato
- delegato
- amministratore di sostegno
- curatore
- erede

CHIEDE

Copia della cartella socio sanitaria di:

Sé stesso

(Cognome Nome) _____

Nato/a il _____ a _____

Delego alla domanda e al ritiro il/la sig./ra (allegare fotocopia del documento di identità)

(Cognome Nome) _____

Nato/a il _____ a _____

Con impegno sin d'ora a corrispondere i costi derivanti dalla presente istanza secondo le modalità indicate nel "Regolamento accesso alla cartella socio sanitaria".

CHIEDE

di ricevere la cartella:

a mezzo posta elettronica certificata/posta elettronica ordinaria al seguente indirizzo (*opzione preferibile*):

PEC _____ / Mail _____



AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA
CASA PER ANZIANI
Viale Trieste, n. 42
Cividale del Friuli - C.A.P. 33043 (UD)
Tel. 0432 731048 / 732039 - Fax 0432 700863
Part. IVA 02460260306
email: protocollo@aspciviale.it **pec:** postacert@pec.aspciviale.it
www.aspciviale.it

- ritirandoli personalmente presso l'Ufficio Protocollo;
- a mezzo posta al seguente indirizzo, con pagamento in contrassegno alla ricezione:

Il sottoscritto è consapevole che i dati personali sono oggetto di trattamento informatico e/o manuale e potranno essere utilizzati esclusivamente per gli adempimenti di legge. Il sottoscritto è consapevole altresì che essi saranno trattati nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR).

Luogo e data _____

Firma _____

Allegati alla presente richiesta:

- fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente
- fotocopia del documento di riconoscimento del delegato
- autocertificazione o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà