



Avrò cura di te

FONDAZIONE I.R.FALCK ONLUS  
CENTRO SERVIZI SOCIO-SANITARI-ASSISTENZIALI  
VOBARNO - BS

**RICHIESTA RILASCIO COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Il/la sottoscritto/a ..... nato a ..... il  
..... residente in Via ..... n. .... Comune  
..... (.....) CAP .....

Telefono..... doc. identità n. ....

rilasciato il ..... da  
.....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell'art. 46 e dell'art. 76 del DPR n. 445/2000, in qualità di (barrare la voce di interesse)

- ☐ diretto interessato, se maggiorenne
- ☐ esercente la responsabilità genitoriale sul minore di seguito identificato (\*)
- ☐ tutore o curatore o amministratore di sostegno di persona incapace di intendere e volere di seguito identificata (\*)
- ☐ erede legittimo o testamentario del soggetto di seguito identificato (\*)
- ☐ legale rappresentante, munito di idoneo mandato o procura, del soggetto di seguito identificato (\*)

(\*) nome e cognome paziente ..... nato/a ..... il  
.....

**CHIEDE**

- ☐ il rilascio di n. .... copia della cartella clinica:

C/C N° ..... dal ..... al ..... Reparto  
.....

C/C N° ..... dal ..... al ..... Reparto  
.....

C/C N° ..... dal ..... al ..... Reparto  
.....

- ☐ il rilascio della seguente documentazione sanitaria  
.....  
.....  
.....

**DICHIARANDO**

- ☐ di ritirare personalmente

di delegare il/la sig./sig.ra ..... nato/a il ..... a  
.....



*Avrò cura di te*

**FONDAZIONE I.R.FALCK ONLUS  
CENTRO SERVIZI SOCIO-SANITARI-ASSISTENZIALI  
VOBARNO - BS**

doc. identità n. ....rilasciato il ..... da

.....

- ☐ alla presentazione della richiesta e/o al ritiro della documentazione stessa
- ☐ di chiedere invio per posta della documentazione

Il costo è di € 20,00

Dichiara, infine, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 Regolamento Europeo (UE) 2016/679 GDPR, che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

Data ..... Firma del richiedente.....