

Fondazione ONLUS "Villa Mons. D. Zani" Bienna	<b>RICHIESTA/DELEGA PER IL RITIRO DI          COPIA DELLA CARTELLA CLINICA</b>	Codice: CCC Rev: 01 Data: 01/03/2023
---	--	--

Il/La sottoscritto/a ..... CF .....

In qualità di:

- Amministratore di sostegno
- Tutore
- Familiare di riferimento
- Diretto interessato

CHIEDE IL RILASCIO DI COPIA CARTELLA CLINICA

Per l'utente ..... CF ..... dell'UdO

- RSA: Utente da \_\_/\_\_/\_\_ a \_\_/\_\_/\_\_
- CDI: Utente da \_\_/\_\_/\_\_ a \_\_/\_\_/\_\_
- CURE DOMICILIARI: Utente da \_\_/\_\_/\_\_ a \_\_/\_\_/\_\_

Dichiara di scegliere, per la consegna, la seguente modalità:

- Ritiro presso l'Ufficio Amministrativo della Fondazione ONLUS "Villa Mons. Damiano Zani" di Bienna (Bs)
- Invio a mezzo posta ordinaria all'indirizzo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che ai sensi dell'art. 26 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, le dichiarazioni mendaci e le falsità degli atti, nei casi previsti dalla legge sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

**Modalità di pagamento**

€ 30,00 per ogni copia di cartella clinica da pagarsi al momento del ritiro presso l'Ufficio Amministrativo della Fondazione ONLUS "Villa Mons. Damiano Zani" di Bienna (Bs).  
 € 30,00 per ogni copia di cartella clinica + € 10,00 per spese postali. Il pagamento deve essere eseguito presso l'Ufficio della Fondazione ONLUS "Villa Mons. Damiano Zani" di Bienna (Bs) al momento della richiesta.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA

Si allega

**Fotocopia del documento d'identità del richiedente**  
**Fotocopia del documento d'identità dell'utente (o certificato di morte)**

Per il ritiro della documentazione contattare: .....

Cell. ....

Tel. ....

e-mail:.....