

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 "Villa Mons. Damiano Zani" ETS di Bienno (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**

€ 50,00 per ogni copia di cartella clinica da pagarsi al momento del ritiro presso l'Ufficio Amministrativo della Fondazione "Villa Mons. Damiano Zani" ETS di Bienno (Bs).

€ 50,00 per ogni copia di cartella clinica + per spese postali. Il pagamento deve essere eseguito presso l'Ufficio della Fondazione ONLUS "Villa Mons. Damiano Zani" di Bienno (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:.....**