

SEZIONE PER DELEGA:

(DA COMPILARE SOLO NEL CASO IN CUI LA RICHIESTA E/O IL RITIRO NON VENGA EFFETTUATO DELL'INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA)

IO

SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE IN _____ VIA _____

RICOVERATO NEL PERIODO _____

PRESSO IL REPARTO DI _____

IN QUALITA' DI INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

(VETRINI / INCLUSI)

DELEGO

- ALLA RICHIESTA
- AL RITIRO

IL SIG. _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE IN _____ VIA _____

- il sottoscritto viene informato che ai sensi dell'art 26 della legge 4 gennaio 1968,n.15, le dichiarazioni mendaci, le falsità degli atti, nei casi previsti dalla legge sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia
- il sottoscritto è a conoscenza dell'OBBLIGO DI RICONSEGNARE IL MATERIALE RICHIESTO ENTRO 30 GIORNI dalla data di ritiro

FIRMA DELEGANTE _____ (allegare copia documento d'identita')

FIRMA DELEGATO _____ (esibire documento d'identita')

DATA _____

Casa di Cura **S.Rita**

RICHIESTA VETRINI E INCLUSI

MOD. 61
Rev.2 del 06.09.2016

SEZIONE PER RICHIESTA:

data richiesta: _____

IO

SOTTOSCRITTO/A _____

IN QUALITA' DI INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

NATO/A A _____ IL _____

RICOVERATO NEL PERIODO _____

PRESSO IL REPARTO DI _____

TELEFONO _____

CHIEDO

IL RILASCIO DI COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE SANITARIA:

VETRINI

INCLUSI

AUTORIZZO LA SPEDIZIONE AL SEGUENTE INDIRIZZO: _____

- **il sottoscritto viene informato che ai sensi dell'art 26 della legge 4 gennaio 1968,n.15, le dichiarazioni mendaci, le falsità degli atti, nei casi previsti dalla legge sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia**
- **il sottoscritto è a conoscenza dell'OBBLIGO DI RICONSEGNARE IL MATERIALE RICHIESTO ENTRO 30 GIORNI dalla data di ritiro**

FIRMA RICHIEDENTE (esibire documento d'identità') _____

FIRMA OPERATORE CUP _____

(DA COMPILARE SE IL RICHIEDENTE E' PERSONA DIVERSA DALL'INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA)

NOME COGNOME RICHIEDENTE _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE IN _____ VIA _____

TELEFONO _____

consapevole che ai sensi del D.P.R.445/2000,in caso di false dichiarazioni accertate dall'amministrazione procedente,verranno applicate le sanzioni penali previste e che i cittadini extracomunitari possono dichiarare solo fatti,statati e qualità'certificabili ovvero attestabili da parte di soggetti pubblici italiani,ed a conoscenza che il trattamento dei dati personali e' disciplinato dal D.lgs. 193/2003 e s.m.i.

DICHIARA DI ESSERE

- DELEGATO (allegare sezione delega compilata e copia del documento del delegante)
- EREDE LEGITTIMO DEL SIG. / SIG.RA _____
- GENITORE ESERCENTE LA POTESTA' GENITORIALE _____
- TUTORE(allegare copia dell'atto di nomina)
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO(allegare copia del decreto di nomina del Giudice Tutelare)
- PERITO D'UFFICIO(allegare copia di conferimento dell'incarico ed autorizzazione all'acquisizione di documentazione sanitaria da parte del Giudice)

- esprimo a codesta azienda il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili nel rispetto della normativa vigente (D.lgs. 193/2003 e s.m.i.)
- il sottoscritto viene informato che ai sensi dell'art 26 della legge 4 gennaio 1968,n.15, le dichiarazioni mendaci,le falsità degli atti,nei casi previsti dalla legge sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

CHIEDE IL RILASCIO di:

VETRINI

INCLUSI

FIRMA DELEGATO (esibire documento d'identità') _____ **data richiesta:** _____

FIRMA OPERATORE CUP _____

AUTORIZZAZIONE DIREZIONE SANITARIA

FIRMA DS _____

DATA _____