

# Casa di Cura S.Rita

**RICHIESTA VETRINI E INCLUSI**

**MOD. 61**  
**Rev.3 del 26.02.2025**

## **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'identità')

FIRMA DELEGATO \_\_\_\_\_ (esibire documento d'identità')

DATA \_\_\_\_\_

# Casa di Cura S.Rita

**RICHIESTA VETRINI E INCLUSI**

**MOD. 61**  
**Rev.3 del 26.02.2025**

**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,statì 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 dal Regolamento Europeo 2016/679 GDPR 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 dal Regolamento Europeo 2016/679 GDPR 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 \_\_\_\_\_