

**RICHIESTA DI COPIA DEL FASAS**Alla Direzione Sanitaria ASSC  
Direzione generale ASSC

Data, \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
documento d'identità n° \_\_\_\_\_  
tel. (campo obbligatorio) \_\_\_\_\_**CHIEDE** in qualità di:

- intestatario maggiorenne della documentazione clinica richiesta  
 tutore/curatore di persona interdetta o inabilitata o di minore  
 amministratore di sostegno con delega specifica alla tutela della salute  
 erede legittimo/erede testamentario  
 altro \_\_\_\_\_

(E' obbligatorio presentare documento del tribunale o notarile nei casi di Tutore/curatore/ADS/ erede legittimo/erede testamentario)

**COPIA CONFORME DELLA DOCUMENTAZIONE DEL FASAS di:**Cognome e nome \_\_\_\_\_ Sesso  M  F  
Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Documento d'identità n° \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

relativa a:

Reparto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Servizio di \_\_\_\_\_  
Reparto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Servizio di \_\_\_\_\_**TIPO DI RITIRO:**

- Diretto  
 Spedizione tramite posta ordinaria con tassa a carico del destinatario

(firma del richiedente)

\_\_\_\_\_