

**DELEGA PER LA RICHIESTA DI COPIA DEL FASAS**Alla Direzione Sanitaria ASSC
Resp Servizi socio-sanitari Territoriali

Data, _____

Il/La sottoscritto/a _____
residente a _____ CAP _____ Prov. _____
via/piazza _____ n° _____
documento d'identità n° _____
tel. (campo obbligatorio) _____

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)

DELEGA

Il Sig./Sig.ra _____
documento di identità n° _____

A RICHIEDERE COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE 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)
