RICHIESTA DI COPIA DEL FASAS

Alla Direzione Generale 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) _____

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)
_____