



ValleCamonicaSolidale

RICHIESTA COPIA CARTELLA SANITARIA

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il _____
Codice fiscale _____
Residente a _____ (____) in Via _____
n _____ Telefono _____ e-mail _____
In qualità di _____
 Intestatario della cartella sanitaria
 Familiare (grado di parentela) _____
 Tutore (*)
 Curatore (*)
 Amministratore di sostegno (*)
 Erede (che agisce in nome e per conto degli altri coeredi) (**)

RICHIEDE

Copia della Cartella sanitaria

del Signor / della Signora _____
nato/a a _____ (____) il _____
Codice fiscale _____
Residente a _____ (____) in Via _____
n _____ Utente dell'UdO Hospice RSD RSA

CHIEDE

Copia conforme della cartella clinica dell'utente relativa al periodo di degenza
Dal ____ / ____ / _____ al ____ / ____ / _____ presso l'UdO Hospice RSD RSA

Motivazione: _____

Chiede che la fattura venga intestata *all'utente*
 al richiedente (modalità obbligatoria per Hospice)

Costo: €50,00 oltre IVA al 22% per ogni anno o frazione di anno.

ATTENDERE LA FATTURA PRIMA DEL VERSAMENTO



ValleCamonicaSolidale

Ai sensi del D.lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e successive modifiche, i dati personali da Lei conferiti con il presente modulo saranno trattati sia in modalità cartacea che informatizzata dal nostro personale incaricato, per le finalità connesse al rilascio della documentazione da Lei richiesta. I dati potranno essere comunicati a Pubbliche Amministrazioni o a soggetti cui tale comunicazione debba essere effettuata in adempimento di un obbligo previsto dalla legge, da un regolamento ovvero disposizioni impartite da autorità, anche ai fini di controllo della veridicità delle dichiarazioni rese. Resa esclusa la diffusione. Titolare del Trattamento è: Valle Camonica Solidale Società Cooperativa Sociale Onlus – Viale dei Castagni, 2 – 25040 Lozio (BS).

Lei potrà in qualsiasi momento esercitare i suoi diritti ai sensi dell'art. 7 del D.lgs. 196/2003 e successive modifiche, mediante semplice richiesta da rivolgere al Titolare del trattamento

Luogo e data _____

Firma _____

ALLEGARE COPIA FRONTE/RETRO DI DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'

(*) allegare copia della sentenza/decreto di nomina

(**)specificare il grado di parentela/affinità

Valle Camonica Solidale – Società Cooperativa Sociale ONLUS

Sede Legale: Viale dei Castagni, 2 – 25040 LOZIO (BS) – Tel 0364.494311 – Fax 0364.495007

Sede Amministrativa: Via Romolo Galassi, 30 – 25047 DARFO BOARIO TERME (BS) – Tel 0364.532650 – Fax 0364.529845

C.F./P.IVA 03214740981 – N. REA BS-514877 – email pec: vallecamonicasolidale@pec.it email: info@vallecamonicasolidale.it