

All'Azienda Sanitaria Universitaria
 Giuliano Isontina
 S.O. Dipartimento delle Dipendenze
 Piazzale Canestrini, 2
 34128 - Trieste

Il/la sottoscritto/a nato/a.....
 il residente a..... in Via/Piazza..... n.
 CAP, recapito telefonico fisso e/o cell.....,
 recapito di posta elettronica/PEC.....,
 C.F.....,
 documento di identità n....., rilasciato da

consapevole delle sanzioni penali conseguenti il rilascio di dichiarazioni false, così come
 previsto dall'articolo 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e s. m. ed i.

IN QUALITA' DI

- tutore/ curatore/amministratore di sostegno (autocertificazione allegata)
 - genitore
 - delegato (delega allegata)
 - rappresentante legale (autocertificazione allegata)
 - erede o coerede (delega del coerede allegata e specificare il grado di parentela)
-
- altro (specificare)_____

CHIEDE

la copia della documentazione sanitaria /sociosanitaria (specificare quale documentazione)

 inerente al periodo
 dalal

relativa al ricovero alla prestazione ambulatoriale specialistica altro

di se stesso

dell'interessato (cognome/nome).....

nato a il,
 residente a..... in Via/Piazza.....n.....

La documentazione sanitaria è richiesta per il seguente motivo:

.....

Luogo e data Firma

Il sottoscritto, ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione Dati (UE) 2016/679 del D. Lgs. 30.06.2003 n. 196 e ss.m.m ed i. (codice cd "sulla privacy") esprime il proprio consenso al trattamento dei dati riportati nella presente dichiarazione con riferimento al procedimento per il quale la dichiarazione è stata rilasciata

Luogo e data Firma

Il rilascio della documentazione è assoggettata al pagamento di una quota variabile, in base al numero delle pagine da fotocopiare. La sola visione dei documenti è gratuita.
Il costo delle spese di eventuale spedizione postale sono a totale carico del richiedente.

DOCUMENTAZIONE RITIRATA IL documento d'identità n..... rilasciato da Firma del ricevente Operatore
