FONDAZIONE RECANATESI F.R. Residenza per Anziani	**MODULO RICHIESTA COPIA CARTELLA SOCIO-SANITARIA**	Rev: 02 Data: 22/01/2024

Il tempo di rilascio della copia della cartella socio-sanitaria è di 30 giorni dalla data di consegna della presente modulistica.
Il presente modulo deve essere consegnato alla direzione tramite e-mail all'indirizzo di posta elettronica info@fondazionerecanatesi.it, oppure, a mano.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov._____, in data ____/____/_____, codice fiscale_____ e residente a _____ Prov. _____ in via _____, in qualità di

- ◻ Ospite
- ◻ Erede legittimo (specificare il grado di parentela) _____
- ◻ Amministratore di Sostegno
- ◻ Tutore Legale

CHIEDE

il rilascio della seguente documentazione riferita al sig._____:

A. Copia cartella socio-sanitaria relativo ai seguenti periodi:
   a. Dalla data ____/____/_____ alla data ____/____/_____
   b. Dalla data ____/____/_____ alla data ____/____/_____
   c. Dalla data ____/____/_____ alla data ____/____/_____

B. Altra documentazione clinica: _____

MODALITÀ DI RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE

- ◻ Consegna a mano
- ◻ Tramite e-mail al seguente indirizzo: _____
- ◻ Spedizione postale al seguente indirizzo: _____

DELEGA PER RITIRO A MANO DELLA DOCUMENTAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____ delega al ritiro della documentazione richiesta il/la sig./ra _____ nato/a a_____ il ____/____/_____ codice fiscale _____ (*Allegare documento di riconoscimento della persona delegata*).

Il sottoscritto **dichiara** inoltre di conoscere ed accettare le seguenti tariffe applicate per il servizio:

- Tariffa per stampa copia documentazione in tenuta cartacea ogni 100 pagine fotocopiate: Euro 40,00
- Tariffa per stampa copia documentazione in tenuta digitale ogni 100 pagine stampate: Euro 30,00

Data, ____/____/_____ Firma, _____