

n. Protocollo

- FERB Trescore Balneario**
- FERB Gazzaniga**
- FERB Cassano d'Adda**
- FERB Calcinante**

Il/La sott.to/a _____ nato/a _____ il _____ Prov _____
 res. a _____ via _____ n. _____ Prov. _____
 Tel./Tel cellulare (OBBLIGATORIO) _____

Consapevole delle pene previste dall'Art. 76 del D. P.R. 445 del 28/12/00 per mendaci dichiarazioni e falsità in atti e che la presente dichiarazione è soggetta al controllo della FERB Onlus ai sensi dell'art. 71 del medesimo D.P.R.

DICHIARA

- di essere erede legittimo
- di essere genitore esercente la patria potestà
- di essere tutore/curatore (nomina del tribunale di _____ n° _____ del _____)

di Cognome e Nome _____ **Nato il** _____ **a** _____

CHIEDE COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Copia autentica rilasciata su supporto informatico (CD) validata con firma digitale di:

- Cartella Clinica/FASAS (Hospice)**
 ricovero nel reparto di _____ dal _____ al _____ n. c.c. _____
 ricovero nel reparto di _____ dal _____ al _____ n. c.c. _____

Copia autentica in formato cartaceo della documentazione sanitaria di:

- Referto Ambulatoriale** ambulatorio di _____ prestazione del _____
- FASAS CP Dom** attivato dal _____ al _____
- Cartella MAC** prestazione del _____
- Cartella Fisioterapica Ambulatoriale** prestazione del _____
- Cartella Odontoiatrica** prestazione del _____
- CD e Referto radiologico** prestazione del _____

 FERB FONDAZIONE EUROPEA RICERCA BIOMEDICA ONLUS	Modulo	MS AMM 59	
	Richiesta copia documentazione sanitaria	Rev. 04 del 17/03/2025	

Per il ritiro

- Ritiro nel Centro FERB di.....da parte del titolare presentando il presente modulo e il documento di identità ovvero mediante delega (v. retro).
- chiede che la copia della documentazione venga recapitata per posta in busta chiusa raccomandata, sollevando la FERB Onlus da ogni responsabilità al seguente indirizzo:

Luogo e data di sottoscrizione.....Firma del richiedente.....

(Allegare documento di identità del richiedente) Firma del funzionario accertante.....

Informativa privacy ai sensi del regolamento 679/2016/UE e D.Lgs. 101/2018: tutti i dati personali comunicati alla FERB Onlus saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. L'interessato può esercitare i diritti previsti dalla normativa vigente. L'informativa completa è consultabile sul sito WWW.FERBONLUS.COM. Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati: Dott. Lucio Panigada, contattabile all'indirizzo dpo@ferbonlus.com

PARTE DA UTILIZZARE PER LA DELEGA AL RITIRO DELLA COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Ritiro per delega

Il/la sottoscritto/a (richiedente).....delego il/la Sig./ra.....

Nato/ail.....a ritirare la documentazione sanitaria richiesta in data.....Prot. n.....

Firma del Delegante _____ Firma del Delegato _____

(Allegare documento di identità del delegante e del delegato)

Firma del funzionario accertante _____