

FERB TRESORE FERB GAZZANIGA FERB CASSANO D'ADDA FERB HOSPICE CALCINATE

RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA/SOCIOSANITARIA Prot.n° _____

Io sottoscritto/a _____
 (cognome) e (nome) _____ Nato/a il _____

a _____ Prov. _____ Stato di Nascita _____

Residente a _____ Via _____ N _____

Prov. _____ CAP _____ Codice Fiscale



Telefono (fisso e/o cellulare) _____

Posta elettronica (se in possesso) _____

DICHIARO DI ESSERE N.B. Barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

<input type="checkbox"/> Il diretto interessato <input type="checkbox"/> Il diretto interessato che non conosce la lingua italiana (firma mediatore culturale _____) <input type="checkbox"/> Il delegato dell'intestatario della documentazione sociosanitaria (→ vedi sezione di delega seguente) (cognome e nome) _____ nato il _____ a _____ Prov _____ <input type="checkbox"/> Il genitore / esercente la responsabilità genitoriale del minore (cognome e nome) _____ nato il _____ a _____ Prov _____ <input type="checkbox"/> L'amministratore di sostegno Il curatore Il tutore di (cognome e nome) _____ nato il _____ a _____ Prov _____ <input type="checkbox"/> L'erede (legittimo o testamentario) di (cognome e nome) _____ nato il _____ a _____ Prov _____ deceduto il _____ a _____ <input type="checkbox"/> Il coniuge/convivente / l'altra parte dell'unione civile di (cognome e nome) _____ nato il _____ a _____ Prov. _____ <input type="checkbox"/> Il figlio (solo in assenza del coniuge) dell'intestatario della documentazione sanitaria /sociosanitaria (cognome e nome) _____ nato il _____ a _____ Prov. _____ <input type="checkbox"/> Altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado dell'intestatario della documentazione sanitaria / sociosanitaria (cognome e nome) _____ nato il _____ a _____ Prov. _____ <input type="checkbox"/> Difensore di parte (art. 391 c.p.p.) dell'intestatario della documentazione sociosanitaria (allego atto di nomina) <input type="checkbox"/> Altro* (specificare) _____ di (cognome e nome) _____
--

La Direzione Medica si riserva di vagliare il "titolo di avente diritto" e quindi di procedere al rilascio od al diniego di copia della documentazione sanitaria richiesta. (Legge 241/1990; DPR 184/2006)

 FERB FONDAZIONE EUROPEA RICERCA BIOMEDICA ONLUS	Modulo	MS AMM 59	CERTIFIED ISO 9001 
	Richiesta documentazione sanitaria	Rev. 06 del 27/02/2026	

CHIEDO

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 _____

Di poter ricevere il referto e corredato di _____ eseguito il _____ non ritirato in data utile.

SCELGO DI RICEVERE

(barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste)

- Ritiro di persona allo sportello CUP (previo appuntamento) con documento di identità
- Invio per posta, con spese a mio carico, all'indirizzo: (n.b. specificare solo se diverso da quello già indicato)
 Via _____ Comune _____ CAP _____
 Prov. _____
- Consegnare copia alla persona delegata (vedasi sezione delega)

SEZIONE PER LA DELEGA

Io sottoscritto/a (cognome e nome) _____

IN QUALITÀ DI

diretto interessato

genitore amministratore di sostegno curatore tutore

di (cognome e nome) _____

nato/a il _____ a _____ Prov _____

DELEGO

(cognome e nome) _____ Nato/a il _____

a _____ Prov. _____ Stato di Nascita _____

Residente a _____ Via _____ N _____

Prov. _____ CAP _____ Codice Fiscale N°

A RICHIEDERE la documentazione sociosanitaria



A RITIRARE presso lo sportello

ALLEGO

la copia di un documento di identità in corso di validità di me delegante e del soggetto da me delegato.

Data _____ Firma del delegante (per esteso e leggibile) _____

Data _____ Firma del delegato (per esteso e leggibile) _____

 FERB FONDAZIONE EUROPEA RICERCA BIOMEDICA ONLUS	Modulo	MS AMM 59	CERTIFIED ISO 9001 
	Richiesta documentazione sanitaria	Rev. 06 del 27/02/2026	

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ¹

(da compilare nel caso in cui il titolare della documentazione sanitaria sia in vita ma la richiesta è effettuata da un'altra persona come ad esempio un genitore, un delegato, ecc. ecc.)

(Artt. 46/47 DPR 28/12/2020 n°445)

Il/la sottoscritto/a (Nome e Cognome) _____

CONSAPEVOLE CHE le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000T.U. sulla documentazione amministrativa).

DICHIARA

di essere nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

di essere residente a _____ in via _____ n° _____

Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

La informiamo che tutti i dati personali comunicati alla FERB Onlus saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali, nel rispetto 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 nel rispetto del Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali.

Data _____ Firma (per esteso e leggibile) _____

¹ Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento UE n.679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. del 28/12/2000 n.445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente, unitamente a copia fotostatica non autenticata di documento di identità personale del sottoscrittore. È ammessa la presentazione anche per via telematica certificata o posta elettronica ordinaria unitamente alla copia del documento di identità

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(da compilare nel caso in cui il titolare della documentazione sanitaria sia deceduto)
(articolo 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a _____
 il ___/___/___/_____ residente a _____ in
 Via _____ n. _____ consapevole delle
 sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.p.r. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi, contenenti dati non più rispondenti a verità

DICHIARA

- che il sig. /la sig.ra _____
 nato /a _____ il _____
 è deceduto a _____ il _____

che il suo stato civile era **(barrare la casella che interessa):**

- nubile /celibe
- coniugato/a con
- vedovo di
- senza / con figli
- che è stata / non è stata pronunciata sentenza di divorzio passata in giudicato;
- che è stata / non è stata pronunciata sentenza di separazione personale addebitata al coniuge superstite o entrambi;
- che vi sono / non vi sono disposizioni testamentarie, e pertanto i suoi eredi sono:

(indicare per ogni erede cognome, nome, data e luogo di nascita, codice fiscale e relazione di parentela)

Dichiara inoltre

- Che tutti gli eredi sono maggiorenni (ad eccezione di)
- Che tutti gli eredi hanno piena capacità giuridica
- Che all'infuori degli Eredi citati non ne esistono altri che possono vantare diritti di riserva o di legittimità sull'eredità.

Luogo e data _____

Il dichiarante _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento UE n.679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. del 28/12/2000 n.445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente, unitamente a copia fotostatica non autenticata di documento di identità personale del sottoscrittore. È ammessa la presentazione anche per via telematica certificata o posta elettronica ordinaria unitamente alla copia del documento di identità