

DATA RICHIESTA __/__/____

IO SOTTOSCRITTO/A (COGNOME E NOME) _____

(ALLEGARE COPIA DOCUMENTO DI IDENTITÀ)

CHIEDO COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE

- ☐ CARTELLA CLINICA DEL/LA SIG./RA (COGNOME E NOME) _____
- ☐ ALTRO (SPECIFICARE) _____

IN QUALITÀ DI

- ☐ TITOLARE DEL DATO
- ☐ TUTORE*
- ☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO*
- ☐ EREDE*
- ☐ ALTRO* (SPECIFICARE) _____

*ALLEGARE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

FIRMA

PER COMUNICAZIONI:

TELEFONO _____

MAIL _____

DELEGO AL RITIRO IL/A SIG./RA _____ DI CUI

ALLEGO COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ

RICEVUTA N° ____ DEL __/__/____

PER IL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA.

FIRMA DI CHI RITIRA _____

(ALLEGARE COPIA DOCUMENTO DI IDENTITÀ)