

RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE CLINICA/ASSITENZIALE/SOCIALE TERRITORIALE

Sig./ra _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ Via _____ n° _____

C.A.P. _____ Prov _____ Cel _____ e-mail _____

| | DAL | AL |
|--|-----|----|
| VALUTAZIONE SVAMA/VERBALE UVMD | | |
| CARTELLA ASSISTENZIALE DOMICILIARE INTEGRATA | | |

DELEGA AL RITIRO DEL DOCUMENTO

Il/La Sig./ra _____ Nato/a _____ il _____

N.B. la persona delegata deve presentarsi con un documento di riconoscimento valido e la fotocopia di un documento di riconoscimento valido della persona che fa la delega

SPEDIZIONE AL SEGUENTE INDIRIZZO (5€ FINO AI 2KG – 10€ SUPERIORE AI 2KG)

Sig./ra _____ Via _____

n° _____ C.A.P. _____ Comune _____ Prov _____

N.B. per la spedizione a domicilio è indispensabile presentare un documento valido del titolare (anche in fotocopia)
L'Azienda Ulss 4 non si assume responsabilità collegate ad eventuali disservizi postali nelle consegna del documento.Si richiede che l'addebito del costo del servizio venga addebitato tramite: bonifico bancario bollettino postale

N.B la fattura arriverà successivamente alla documentazione richiesta.

| | |
|--|--|
| M I N O R E | Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ |
| | il _____ residente in via _____ n° _____ |
| | C.A.P. _____ Comune _____ Prov _____ |
| | <input type="checkbox"/> GENITORE <input type="checkbox"/> TUTORE DEL MINORE |
| | <small>DICHIARA di avere la potestà genitoriale di cui al 3° comma dell'art. 155 C.C. e di avere l'assenso di altri aventi diritto a richiedere e ritirare il documento clinico di che trattasi, assumendone tutte le eventuali responsabilità</small> |

| | |
|----------------------------------|---|
| E R E D E | Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ |
| | il _____ residente in via _____ n° _____ |
| | C.A.P. _____ Comune _____ Prov _____ |
| | DICHIARA ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n° 445, consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti o dichiarazioni mendaci di essere EREDE LEGITTIMO/A del deceduto/a Sig./ra _____ in data _____ e, in quanto tale, di aver diritto a richiedere e ritirare il documento clinico di cui trattasi. |

| | |
|--|---|
| I N C A P A C E | Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ |
| | il _____ residente in via _____ n° _____ |
| | C.A.P. _____ Comune _____ Prov _____ |
| | DICHIARA ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n° 445, consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti o dichiarazioni mendaci di essere FAMILIARE (per incapacità di intendere e volere temporanea dovuta a malattia) oppure AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE (per persona con amministratore di sostegno/interdetta) del/La Sig./ra _____ e, in quanto tale, di aver diritto a richiedere e ritirare il documento clinico di cui trattasi. |

Il/La richiedente si impegna a provvedere al pagamento della documentazione sanitaria ed eventuali spese postali. In caso di mancato ritiro, l'interessato sarà comunque tenuto al pagamento del costo della documentazione.

Data _____ Firma del richiedente _____

N.B. I dati saranno trattati esclusivamente ai fini del presente modulo e nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs. 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni.**Modulo da inviare via e-mail callth@ulss4.veneto.it o fax 0445-572020**

La documentazione si consegna esclusivamente al CUP dell'Ospedale, con copia del documento di riconoscimento dell'utente/del genitore/del tutore/dell'erede/ familiare/amministratore di sostegno dal lun. al ven. dalle ore 8-17 e il sab. dalle 7-9.45

A cura della SEGRETERIA

| | |
|------------------------------|----------------------------|
| Costo Documentazione € _____ | Firma dell'impiegato _____ |
| Costo Spese postali € _____ | ID _____ |