



MODULO PER RICHIESTA DI COPIA DEL FASCICOLO SANITARIO SOCIALE

CHIEDO COPIA DEL FASCICOLO SANITARIO SOCIALE

Del Sig./Sig.ra _____

Nato a _____ il _____

Codice Fiscale _____

Ospite della Fondazione le Rondini nell'Anno _____

Motivazione della Richiesta: _____

(Personale/Medico legale/Pensionistico/Assicurativo/Legale)

ALLA RICHIESTA VA SEMPRE ALLEGATA COPIA DEL DOCUMENTO DI

IDENTITA' DEL RICHIEDENTE

N° TELEFONO _____ (obbligatorio)

Data _____ In fede _____

Si ricorda che, come definito nella Carta dei Servizi, per ottenere la copia del Fascicolo Sanitario e Sociale, il rilascio è subordinato al pagamento di € 30,00 entro un mese dall'inoltro della richiesta.

.....

In data _____

DICHIARO

D'aver ricevuto copia della documentazione richiesta.

In fede _____

(Allegare documento d'identità)

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, i dati personali da Lei conferiti con il presente modulo saranno trattati, in modalità cartacea che informatizzata dal nostro personale incaricato, per le finalità connesse al rilascio della documentazione da Lei richiesta. I dati potranno essere comunicati a Pubbliche Amministrazioni o a soggetti cui tale comunicazione debba essere effettuata in adempimento di un obbligo previsto dalla legge, da un regolamento ovvero disposizioni impartite da autorità, anche ai fini di controllo della veridicità delle dichiarazioni rese. Resa esclusa la diffusione. Titolare del Trattamento è: Fondazione le Rondini Città di Lumezzane Onlus, Via U. Gnutti, 4 Lumezzane (BS). Il Responsabile della protezione dei dati può essere contattato ai seguenti recapiti email: privacy@le-rondini.it. Lei potrà in qualsiasi momento esercitare i suoi diritti ai sensi degli artt. 15 e succ. del Regolamento UE rivolgendosi al Titolare del trattamento.

(*) allegare copia della sentenza/decreto di nomina(**) specificare il grado di parentela/affinità