

Azienda per l'Assistenza Sanitaria

n. 5 "Friuli Occidentale"

Via della Vecchia Ceramica, 1 – 33170 Pordenone
C.F. e P.I. 01772890933 – PEC aas5.protgen@certsanita.fvg.it

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - DIRETTORE DOTT. LUCIO BOMBEN

MODULO DI RICHIESTA DI COPIA CERTIFICATO E DOCUMENTAZIONE SANITARIA

È richiesta copia conforme all'originale

del certificato (in copia autentica)

della documentazione sanitaria e, in particolare

del Sig. Nome Cognome

nato a il/...../.....

residente in via

sottoposto a visita / accertamento / ricovero presso in data/...../.....

LA RICHIESTA E' EFFETTUATA

DALLO STESSO TITOLARE DEL VERBALE

La parte seguente va compilata solo in caso di delega al ritiro:

Il sottoscritto richiedente DELEGA per il ritiro:

Nome Cognome.....

nato a il/...../.....

residente in via

La persona delegata deve presentarsi munita di un proprio documento di riconoscimento in corso di validità e di copia di un documento in corso di validità del delegante.

Data

Firma

il quale, consapevole dell'obbligo, nel caso di dichiarazione mendace, di restituire all' A.A.S. n. 5 "Friuli occidentale" la documentazione ricevuta e di risarcire l'eventuale danno, consapevole altresì delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e delle decadenze dai benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimenti adottati sulla base di dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità

D I C H I A R A

CHE QUANTO ESPOSTO NEL PRESENTE MODULO CORRISPONDE A VERITÀ.

Dichiara inoltre di aver preso cognizione dell'Informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e autorizza l'Azienda a conservare i dati in archivi e a trattarli conformemente alla vigente normativa

DATA

Firma

Spazio riservato all'ufficio

Si attesta che la presente dichiarazione è stata apposta in mia presenza dal dichiarante previamente identificato a mezzo di, n., rilasciato da in data/...../..... e con scadenza/...../.....

IL FUNZIONARIO

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 /2000, se la dichiarazione non è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto deve essere allegata la fotocopia, non autenticata, del documento di identità del dichiarante.

Vista l'istanza, si autorizza

Data	Il dirigente responsabile
.....

Dettaglio spese a carico dell'interessato:
diritti di ricerca
costi di riproduzione
costi di spedizione
totale

Informativa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003

L'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli occidentale", in qualità di Titolare del trattamento, La Informa che i dati raccolti attraverso la compilazione della "richiesta di accesso ai documenti amministrativi" sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo. I dati possono essere comunicati ai soggetti istituzionali nei soli casi previsti dalle disposizioni di legge o regolamento. I dati da Lei forniti verranno trattati sia utilizzando mezzi elettronici o comunque automatizzati, sia mezzi cartacei. I dati da lei forniti potranno essere utilizzati ai fini della verifica della esattezza e veridicità delle generalità dichiarate, nelle forme e nei limiti previsti dal D.P.R. 445/2000. Le ricordiamo che in qualità di interessato, Lei può esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art.7 del codice privacy, presentando apposita istanza al responsabile del servizio competente.