



**COMUNITA' APERTA S. LUIGI**  
**GRUPPO GIALLOVERDE SOLIDALE**  
*Cooperativa Sociale Onlus*  
Comunità Terapeutico-Riabilitativa

## **RICHIESTA FASAS**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

***ALLEGARE copia di un documento di riconoscimento valido del richiedente***

### **IN QUANTO**

- diretto interessato
- esercitante la rappresentanza legale nei confronti di .....

*Dichiara di avere l'assenso di altri aventi diritto a richiedere e ritirare il documento di cui alla presente istanza (altro genitore, altri eredi, ecc.), assumendone tutte le eventuali responsabilità*

### **CHIEDE**

**il rilascio**, per gli usi consentiti dalla legge, di:

**COPIA CONFORME DEL FASAS/CARTELLA CLINICA, IN CARTA LIBERA**  
relativa alla presa in carico fruita da:

il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_, presso  
\_\_\_\_\_

*Il sottoscritto DICHIARA sotto la propria responsabilità di essere a conoscenza di quanto previsto degli artt. 71, 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, sulla responsabilità penale prevista per chi rende false dichiarazioni, sui relativi controlli e sulla conseguente decadenza dei benefici in caso di verifica di dichiarazione non veritiere e di aver preso atto dell'informativa sul trattamento dei dati personali forniti con riguardo al presente procedimento, ai sensi degli artt. 13 e 23 del D. Lgs. 196/2003, e di acconsentire al trattamento dei dati personali forniti con riguardo al presente procedimento, all'eventuale elaborazione dei dati ai fini statistici ed in forma anonima, al fine di migliorare il servizio ed alla trasmissione dei dati a soggetti interessati, per adempimenti previsti dalla normativa vigente.*

Data \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_