



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 veritiera 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 _____