

**FERB**FONDAZIONE  
EUROPEA  
RICERCA  
BIOMEDICA  
ONLUS

Modulo

**Richiesta copia  
documentazione sanitaria**

MS\_AMM\_59

Rev. 02 del  
06/09/2021

ISO 9001

BUREAU VERITAS  
Certification

n. Protocollo

- FERB Trescore Balneario**
- FERB Gazzaniga**
- FERB Cassano d'Adda**
- FERB Calcinante**

--

Il/La sott.to/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
 res. a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 Tel. \_\_\_\_\_

Consapevole delle pene previste dall'Art. 76 del D. P.R. 445 del 28/12/00 per mendaci dichiarazioni e falsità in atti e che la presente dichiarazione è soggetta al controllo della FERB Onlus ai sensi dell'art. 71 del medesimo D.P.R.

**DICHIARA**

- di essere erede legittimo
- di essere genitore esercente la patria potestà
- di essere tutore/curatore (nomina del tribunale di \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_)

**di Cognome e Nome** \_\_\_\_\_ **Nato il** \_\_\_\_\_ **a** \_\_\_\_\_

**CHIEDE COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

- Cartella Clinica/FASAS**  
ricovero nel reparto di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ n. c.c. \_\_\_\_\_  
ricovero nel reparto di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ n. c.c. \_\_\_\_\_
- Referto Ambulatoriale** ambulatorio di \_\_\_\_\_ prestazione del \_\_\_\_\_
- Cartella Fisioterapica** prestazione del \_\_\_\_\_ prestazione al \_\_\_\_\_
- Cartella MAC** prestazione del \_\_\_\_\_ prestazione al \_\_\_\_\_
- Cartella Odontoiatrica** prestazione del \_\_\_\_\_ prestazione al \_\_\_\_\_
- Referto radiologico** prestazione del \_\_\_\_\_ prestazione al \_\_\_\_\_



**Per il ritiro**

- Ritiro nel Centro FERB di.....da parte del titolare presentando il presente modulo e il documento di identità ovvero mediante delega (v. retro).
- chiede che la copia della documentazione venga recapitata per posta in busta chiusa raccomandata, sollevando la FERB Onlus da ogni responsabilità presso l'indirizzo sopraindicato ovvero al seguente indirizzo:

Luogo e data di sottoscrizione.....Firma del richiedente.....

**(Allegare documento di identità del richiedente)** Firma del funzionario accertante.....

*Informativa privacy ai sensi del regolamento 679/2016/UE e D.Lgs. 101/2018: tutti i dati personali comunicati alla FERB Onlus saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. L'interessato può esercitare i diritti previsti dalla normativa vigente. L'informativa completa è consultabile sul sito [WWW.FERBONLUS.COM](http://WWW.FERBONLUS.COM). Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati: Dott. Lucio Panigada, contattabile all'indirizzo [dpo@ferbonlus.com](mailto:dpo@ferbonlus.com)*

	<b>Modulo</b>	<b>MS_AMM_59</b>	
	<b>Richiesta copia documentazione sanitaria</b>	<b>Rev. 02 del 06/09/2021</b>	

**PARTE DA UTILIZZARE PER LA DELEGA AL RITIRO DELLA COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

**Ritiro per delega**

Il/la sottoscritto/a (richiedente).....delego il/la Sig./ra.....

Nato/a .....il.....a ritirare la documentazione sanitaria richiesta in

data.....Prot. n.....

Firma del Delegante \_\_\_\_\_ Firma del Delegato \_\_\_\_\_

**(Allegare documento di identità del delegante e del delegato)**

**Firma del funzionario accertante** \_\_\_\_\_