



Il/la sottoscritto/a (Nome).....Cognome.....
nato/a a prov. (.....) il/...../.....
residente inprov(.....) CAP..... via..... n°.....
telefono-cell.
email/PEC.....
documento di riconoscimento..... n.
rilasciato il/...../..... da.....

In qualità di:

- Intestatario della documentazione/ FASAS/ Cartella Sanitaria¹
- Persona delegata² da:
- Tutore, Curatore o Amministratore di sostegno³ di:

(Nome).....Cognome.....
nato/a a prov. (.....) il/...../.....
residente inprov(.....) CAP..... via..... n°.....
documento di riconoscimento..... n.
rilasciato il/...../..... da.....

RICHIEDE

- di prendere visione
- di ottenere copia semplice

del seguente documento:

Motivo della richiesta:

.....
.....
.....

¹ Allegare copia del documento d'identità

² Allegare copia del documento d'identità del delegato e del delegante e delega firmata dell'intestatario del FASAS/Cartella Sanitaria

³ Allegare copia del documento d'identità e copia della sentenza o decreto di nomina





Si desidera ricevere copia dei documenti richiesti tramite:

- ritiro a mano copia cartacea
- al proprio indirizzo di posta elettronica
- mediante raccomandata con avviso di ricevimento, con spesa a proprio carico, al seguente indirizzo.....

La copia del documento richiesto è rilasciata entro 30 giorni dalla richiesta, subordinatamente al pagamento degli importi di cui alle tariffe sotto indicate:

25,00€ (I.V.A. inclusa) per ogni documentazione/ FASAS/ Cartella sanitaria composta da un numero massimo di 50 facciate;

0.20€ (I.V.A. inclusa) per ogni facciata successiva alla cinquantesima.

Il pagamento potrà essere effettuato in contanti presso l'amministrazione o tramite Pos o bonifico bancario.

Decorsi inutilmente trenta giorni dalla richiesta, questa si intende respinta.

In caso di diniego dell'accesso, espresso o tacito, o di differimento dello stesso ai sensi dell'articolo 24, comma 4 della legge 241/1990, il richiedente può presentare ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale.

Luogo e data

Firma del richiedente.....

Si allegano i documenti previsti (vedi note)

Informativa in materia di protezione dei dati personali:

Ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, i dati personali da lei conferiti con il presente modulo saranno trattati 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

Titolare del trattamento è: Cooperativa Il Calabrone, viale Duca degli Abruzzi 10 Brescia (BS)

Lei potrà in qualsiasi momento esercitare i suoi diritti ai sensi della normativa vigente, mediante semplice richiesta da rivolgere al titolare del trattamento.

Per presa visione informativa

Luogo e data

Firma del richiedente.....

