

Alla Direzione della

FONDAZIONE GIROLDI FORCELLA UGONI Onlus
Via Cavalieri di Vittorio Veneto, 9/A
25026 PONTEVICO (BS)

Pec: casaripontevico@dadapec.com

Oggetto: richiesta di accesso agli atti e documenti SANITARI

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a(....) il.....

Residente a.....(.....) in via.....

Telefono.....mail.....

(allegare copia del documento di identità)

IN QUALITÀ DI

- A. Intestatario della cartella / documentazione sanitaria
- B. Familiare (grado di parentela))
- C. ** Erede (che agisce in nome e per conto degli altri coeredi)
(* ** Allegare estratto successione con evidenza della posizione di erede più delega dei coeredi con carte identità)
- D. *Amministratore di Sostegno
(*Allegare copia della sentenza/decreto di nomina)
- E. *Tutore – *curatore – di
(*Allegare copia della sentenza/decreto di nomina)

RICHIEDE

- di prendere visione
- il rilascio in forma cartacea in formato elettronico

dei **documenti** SANITARI sotto indicati (specificarne gli estremi):

.....

.....

.....

Per i seguenti motivi (specificare l'interesse diretto, concreto ed attuale connesso con la richiesta di accesso)

.....

.....

.....

Del/della Signor/a.....

Nato/a a (.....) il

Residente a (.....) via

Periodo di ricovero

e dichiara, sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze, anche penali, previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 76 del DPR445/2000, che quanto riportato alle lettere sopra indicate, corrisponde al vero.

Dichiara, inoltre, di essere informato/a che, nel caso in cui la documentazione richiesta contenga informazioni riferite a soggetti terzi che dall'esercizio del diritto di accesso potrebbero vedere compromessa la propria riservatezza (controinteressati), la Fondazione è tenuta a fornire loro notizia. I controinteressati hanno facoltà di formulare motivata opposizione entro 10 giorni dal ricevimento di tale comunicazione.

Indirizzo cui inviare la documentazione:

.....

E-mail

Pec

Luogo e data

Firma **leggibile** del richiedente

Si allega:

- fotocopia fronte-retro del/i documento/i di identità
- atto di delega coeredi e fotocopia fronte-retro del/i documento/i di identità coeredi
- estratto atto successione
- copia sentenza / decreto nomina (*) (**)

Informativa al trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, i dati personali da Lei conferiti con il presente modulo saranno trattati, sia in modalità cartacea che informatizzata dal nostro personale incaricato, 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 o da disposizioni impartite da autorità, anche ai fini di controllo della veridicità delle dichiarazioni rese. Resta esclusa la diffusione.

Titolare del trattamento è: _____, con sede in _____ . Il Responsabile della Protezione Dati (RPD) può essere contattato con mail indirizzata a _____

Lei potrà esercitare i Suoi diritti ai sensi degli artt. 15 e seguenti del Regolamento UE rivolgendosi al Titolare del trattamento.