



CASA DI RIPOSO SANFRONT

FONDAZIONE

INTESTATARIO DELLA CARTELLA

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Indirizzo _____ n. _____ Città _____

RICHIEDENTE (*Compilare solo se persona diversa dall'intestatario*)

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Indirizzo _____ n. _____ Città _____

Tel. _____

Consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA DI ESSERE

Erede (*che agisce in nome e per conto degli altri coeredi*)

Tutore*

Curatore*

Amministratore di sostegno*

* (*Allegare provvedimento di nomina del Giudice Tutelare del Tribunale*)

CHIEDE

Copia della Cartella Clinica: Reparto _____

Periodo di ricovero _____

Il sottoscritto ai sensi del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Data _____ Firma _____

Note: Il tempo di consegna della fotocopia della cartella clinica è di 20 gg. dalla data di consegna della presente richiesta agli Uffici amministrativi, purché siano trascorsi 15 gg. dalla dimissione e/o decesso.



Fondazione "Casa di Riposo Sanfront"



INDIRIZZO: C.so G.Marconi, 30
-12030-Sanfront (CN)



TEL: 0175.948553
FAX: 0175.948949



EMAIL: segreteria@casaripososanfront.it
EMAIL: infermeria@casaripososanfront.it
PEC: ospedalesanfront@pec.it



P.IVA: 02131920049
COD.FISC.: 85002250042
www.casaripososanfront.it