



1 – DATI ANAGRAFICI DELL'INTESTATARIO DEL CERTIFICATO-DICHIARAZIONE DA EMETTERE

Cognome _____ Nome _____ nato il _____ a _____

2 – DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE

Cognome _____ Nome _____ nato il _____ a _____

n. telefonico _____ mail _____

In qualità di • Ospite Titolare dei dati • Amministratore di Sostegno • Tutore
 • Curatore • avente diritto in qualità di _____

O il quale dichiara ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 "Norme penali" dello stesso D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità, di essere erede legittimo/testamentario del/la DE CUIUS, nato/a _____ il _____

3 – TIPO DI RICHIESTA

☐ COPIA CARTELLA CLINICA * ☐ Di Ospite attualmente assistito presso la RSA ☐ Di Ospite defunto

MOTIVAZIONE E FINALITA' DELLA RICHIESTA _____

☐ DICHIARAZIONE DEGENZA - MOTIVAZIONE _____

☐ RELAZIONE PER _____

☐ COMPILAZIONE DOMANDA INVALIDITÀ (il certificato andrà poi depositato presso un CAF entro 30 giorni dalla data della domanda)

☐ CAMBIO DI RESIDENZA

☐ RINNOVO CARTA DI IDENTITÀ

☐ ALTRO _____

* COSTO COPIA CARTELLA CLINICA (cartacea o digitale):

40€ + iva fino a 100 pagine - 60€ + iva fino a 300 pagine - 80€ + iva fino a 600 pagine

120€ + iva fino a 1000 pagine - 200€ + iva oltre 1000 pagine

TEMPISTICHE: Copia della cartella clinica verrà rilasciata

Certificazioni / Relazioni / Domanda di invalidità

Certificazioni di degenza

entro 7 giorni dalla richiesta.

entro 10 giorni dalla richiesta.

entro 3 giorni dalla richiesta.

Nota Bene: i documenti richiesti e non ritirati entro 90 giorni dalla richiesta vengono distrutti.

DATA _____ FIRMA RICHIEDENTE _____

4 – RITIRO

La documentazione è stata ritirata dal Sig. _____ in data _____

Si acquisisce copia del documento di riconoscimento e della eventuale delega in forma scritta.

Firma per il ritiro _____