

 FONDAZIONE CASA DI DIO ETS	<i>FONDAZIONE CASA DI DIO- ETS</i>	
	RICHIESTA DI ACCESSO AGLI ATTI E DOCUMENTI ex Legge 241/1990 e art. 15 L.R. 1/2012	MOD5.5.1.09 Rev04

Spett.le
Fondazione Casa di Dio ETS
Via Moretto, 4
25122 - Brescia

Il/la sottoscritto/a
 nato/a a il
 residente a Via/Piazza n.....CAP.....
 telefono e-mail.....
 documento di identificazione n.
 rilasciato da in data
 codice fiscale.....

(i dati sopra indicati servono anche per la predisposizione della fattura, ove prevista, per cui è necessario compilare tutti i campi)

CHIEDE

ai sensi della Legge 241/90 e del D.P.R. 184/2006 oltre che della L.R. 1/2012 in qualità di (indicare la propria posizione rispetto all'atto)

- di prendere visione
- il rilascio di copia semplice con/senza allegati

dei seguenti atti (descrivere in sintesi il documento)

- copia della cartella clinica del/la sig./ra

ospite presso (indicare la struttura)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> R.S.A. Casa di Dio | <input type="checkbox"/> R.S.A. Alessandro Luzzago |
| <input type="checkbox"/> R.S.A. La Residenza | <input type="checkbox"/> R.S.A. Livia Feroldi |
| <input type="checkbox"/> Centro Diurno Integrato | <input type="checkbox"/> Altro |

DICHIARA

(dichiarare l'interesse correlato ai contenuti dell'atto richiesto ai sensi dell'art. 2 del D.P.R. 184/2006)



.....

 Dichiaro altresì di essere consapevole degli adempimenti richiesti dell'art. 3 del D.P.R. 184/2006 nell'ipotesi in cui vi siano soggetti controinteressati al rilascio della documentazione richiesta e di essere informato che il trattamento dei dati personali, di cui al Reg. UE 2016/679, avverrà solo per fini istituzionali e nei limiti di legge.

Per il solo rilascio di copia della cartella clinica il richiedente si impegna a pagare anticipatamente il corrispettivo di € 50 più IVA di legge (€ 61) come segue:

- in contanti presso il servizio amministrativo della struttura
- bonifico sul conto corrente della Fondazione – IBAN IT32P0538711238000042716709 indicando come causale “pagamento per rilascio cartella clinica” .

La fattura intestata con i dati indicati dal richiedente sarà emessa successivamente all'avvenuto pagamento.

Data, _____ (firma)

Richiedo che la documentazione indicata sia recapitata :

- al seguente indirizzo:
- al seguente indirizzo e-mail:
- presso il Servizio Amministrativo della R.S.A.
- presso il Servizio Affari Generali della Fondazione Casa di Dio ETS – Via Moretto n. 4

Si precisa che per quanto concerne la consegna di copia della cartella clinica la stessa potrà essere consegnata solo a mano al richiedente della stessa.

Data, _____ (firma)

.....
 (Spazio riservato alla Fondazione)
 Documentazione consegnata in data

 (firma dell'addetto)

 Firma del ricevente

Ai sensi del Reg. UE 2016/679 si comunica che i dati personali verranno trattati esclusivamente per fini istituzionali. Il titolare del trattamento è la Fondazione Casa di Dio ETS, nei confronti della quale l'interessato potrà far valere i diritti previsti dall'art. 7 del suddetto Reg. UE.