

ISTANZA DI ACCESSO A DOCUMENTI SANITARI

(artt. 60-92 del Codice della Privacy)

Spett.le
A.P.S.P. "Beato de Tschiderer"
Via Piave, 108
38122 TRENTO (TN)
e-mail: info@iaps.it

Il/la sottoscritto/a _____ codice fiscale _____
nato/a a _____ il ___/___/_____ residente a _____
in via _____ n. _____ tel. _____
indirizzo e-mail _____
documento di identificazione _____ n. _____
rilasciato da _____ il ___/___/_____
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti,
richiamate dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 in qualità di soggetto avente titolo

CHIEDE

- di PRENDERE VISIONE
- il RILASCIO DI COPIA SEMPLICE

dei seguenti documenti: _____
relativi al sottoscritto/ al Residente sig./sig.ra _____

Il sottoscritto chiede che tale documentazione venga

- consegnata in forma cartacea
- inviata tramite posta elettronica all'indirizzo sopraindicato

DELEGA AL RITIRO

Il sottoscritto **DELEGA** il/la signor/a _____, nato/a a _____
_____ il ___/___/_____, al ritiro della sopra descritta documentazione.

Il rilascio della prima copia di tali dati viene fornita gratuitamente (art. 12, par. 5 e art. 15, par. 3, del RGPD),
mentre per un'eventuale seconda copia e per le successive è richiesto il pagamento anticipato con pagoPA.

(luogo e data)

(firma del richiedente)

Attenzione: La compilazione del presente modulo è a carico del Residente o di persona formalmente
titolata alla richiesta (erede, delegato, ADS). La persona autorizzata deve presentarsi con un suo
documento di riconoscimento valido e la fotocopia di un documento di riconoscimento valido della persona
titolare della documentazione.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____

nato/a _____ Prov. (____) il ___/___/_____

residente a _____ loc. _____ CAP _____

in via/piazza _____ n. _____

domiciliato/a a ⁽¹⁾ _____ loc. _____ CAP _____

in via/piazza _____ n. _____

⁽¹⁾ indicare solo se diversa dalla residenza

valendosi delle disposizioni di cui all'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità:

DICHIARA

di essere erede (legittimo o testamentario) del sig./della sig.ra _____

nato/a a _____ il ___/___/_____ deceduto/a il ___/___/_____

in qualità di (grado di parentela) _____

per testamento

di essere Amministratore di Sostegno del sig./della sig.ra _____

di essere soggetto formalmente delegato (**allegare delega o procura**)

Luogo e data _____

Il/la Dichiarante

(firma per esteso e leggibile)

Allega: documento di identità

Attenzione: La compilazione della presente dichiarazione è a carico del soggetto titolato alla richiesta di accesso, se quest'ultima non è stata compilata dal Residente.