

|  |   |                  |
|--|---|------------------|
|  | <b>FONDAZIONE BENEFATTORI CREMASCHI ONLUS</b>   | Mod 1.5 - Rev 05 |
|  | <b>RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SOCIO-SANITARIA<br/>AI SENSI DELLA LEGGE N. 24/2017</b> | Pagina 1 di 1    |

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in via/piazza \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
indirizzo e-mail/recapito tel. per eventuali comunicazioni: \_\_\_\_\_

- in qualità di intestatario della documentazione richiesta  
 in qualità di tutore/curatore/amministratore di sostegno (*allegare provvedimento*) \_\_\_\_\_  
 in qualità di erede o chiamato all'eredità (*allegare dichiarazione sostitutiva atto notorietà*) \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci di cui all'art. 76 del DPR n. 445/2000

**CHIEDE**

- Per me stesso;  
 Per il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in via/piazza \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**IL RILASCIO DI N. \_\_\_\_\_ COPIA/E CONFORME/I ALL'ORIGINALE DI:**

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | RILASCIO COPIA CERTIFICATO DI RICOVERO\ DIMISSIONE<br>periodo di degenza dal _____ al _____ |
| <input type="checkbox"/> | RILASCIO COPIA CD VISITA RADIOLOGICA<br>del _____   |
| <input type="checkbox"/> | RILASCIO COPIA CARTELLA CLINICA<br>Periodo di degenza dal _____ al _____                    |
| <input type="checkbox"/> | ALTRO: _____  |

Il/La sottoscritto/a, **DICHIARA CHE LA RICHIESTA E' PER USO (indicazione obbligatoria):**

- interesse personale \_\_\_\_\_  
 a tutela del deceduto \_\_\_\_\_  
 per ragioni familiari meritevoli di protezione (assicurativo, legale o medico) \_\_\_\_\_

Nel caso di Erede, altresì consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 75 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, dichiara di:

- di agire anche in nome degli altri eredi di seguito indicati dai quali formalmente delegato** (produrre delega e copia documento di riconoscimento di ciascun erede indicato) .....
- di agire in via disgiunta dagli altri eventuali coeredi.**

Il/la sottoscritto/a è informato che i dati forniti con la presente potranno essere utilizzati dall'FBC di Crema ai fini della verifica della esattezza e veridicità delle dichiarazioni rilasciate, nelle forme e nei limiti del DPR 445/2000 (norme sulla autocertificazione)

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_