

https://asfo.sanita.fvg.it/it/servizi/richiesta_documentazione_sanitaria.html

MAIL protocollo.gen@asfo.sanita.fvg.it

PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

DISTRETTO DEL LIVENZA	Tel. n. 0434 736375
DISTRETTO DELLE DOLOMITI FRIULANE	Tel. n. 0427 735331
DISTRETTO DEL NONCELLO	Tel. n. 0434 1923127
DISTRETTO DEL SILE	Tel. n. 0434 423314
DISTRETTO DEL TAGLIAMENTO	Tel. n. 0434 841721

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA/DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Anche con finalità di autocertificazione e/o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ex artt. 46 e 47 DPR n.445/2000

Il sottoscritto/a _____ (cognome nome)

Nato/a a _____ il _____

Documento di identificazione: Tipo _____ N° _____ Scadenza _____

Emesso da _____ Telefono _____

E-mail _____ vedi allegato _____

DICHIARA DI ESSERE (barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste)

diretto interessato

il genitore (con la patria potestà)

Del/la minore _____ (cognome nome)

Nato/a a _____ il _____

il tutore

il curatore

l'amministratore di sostegno

Del/la sig./ra _____ (cognome nome)

Nato/a _____ il _____

l'erede

Del/la sig./ra _____ (cognome nome)

Nato/a _____ il _____ deceduto/a il _____

CHIEDE PER USO

Amministrativo Legale Sanitario Assicurativo Altro (specificare) _____

IL RILASCIO DI

Copia della seguente documentazione sanitaria

SCELGO DI (barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste)

ritirare la copia di persona

delegare al ritiro della copia

Il/la sig./ra _____ *(cognome e nome) nato/a il* _____

Documento di identificazione: Tipo _____ *N°* _____

Scadenza _____ *Emesso da* _____

ALLEGRO

Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente

Fotocopia del documento di riconoscimento del/la delegato/a

Copia Decreto di Nomina (nei casi di tutore, amministratore di sostegno e curatore)

Data _____
(firma del richiedente)

Ritiro previsto il _____ *(spazio riservato all'Azienda)*

Data del ritiro _____ **Firma** _____