RICHIESTA COPIA DVD

La copia sarà disponibile max. entro 3 gg lavorativi dalla richiesta. Il ritiro dovrà essere effettuato presso la Segreteria dal lunedì al venerdì dalle 10.00 alle 14.00.

- Se il paziente è deceduto, le copie dei documenti possono essere ritirate solo da un erede (con dichiarazione sostitutiva di atto notorio).
- Se il paziente è minorenne, interdetto o non autonomo, le copie dei documenti possono essere ritirate solo da chi lo rappresenta legalmente (genitore, tutore legale, amministratore di sostegno): è necessaria la dichiarazione sostitutiva di atto notorio.

Richiedente _____
cognome *nome*

nata/o il _____/_____/_____ a _____ (_____)

residente in via _____ n.____

a _____ _____(_____) _____
C.A.P. *Comune* *Nazione*

Tel. _____ *Relazione con il paziente* _____

Documento di identità, tipo e n°_____ Firma del **Richiedente**_____

Richiede Copia di DVD

☐ Relativo al proprio esame

☐ Relativo all'esame del Sig./ra_____

☐ Relativo all'esame del minore/interdetto_____

☐ Relativo all'esame del defunto/a_____

	TIPOLOGIA ESAME	DEL GIORNO
1		
2		

E' CONSAPEVOLE

che in caso di false dichiarazioni accertate dall'Amministrazione procedente verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera.

E' A CONOSCENZA

che il trattamento dei dati personali è disciplinato dal GDPR 679/2016 e dal Regolamento Aziendale "INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE E IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI" Delibera 125 del 29/06/2022.

Ferrara, lì ____/____/____ Firma (leggibile):_____

Il presente modulo, compilato in tutte sue parti, va inviato alla seguente mail: radospsegreteria@ospfe.it
In alternativa la Segreteria (Settore 2 Corpo C piano 0, 2C0 - località Cona) riceve le richieste telefoniche al seguente numero tel. 0532 236663 dal lunedì al venerdì dalle 08.00 alle 10.00.
ATTENZIONE: se il ritiro è effettuato da persona delegata dal paziente questa dovrà presentare:
1. il proprio documento di identità;
2. La sottostante delega firmata dal paziente unitamente al documento di identità (o copia) dello stesso.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
(art. 19 e art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

La/Il sottoscritta/o .....
C.F. ..... nata/o a ..... (...) il .....
e residente a ..... (...) in via ..... n. .....
di cittadinanza ....., consapevole della responsabilità penale e delle con-seguenti sanzioni cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso di atti falsi, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti in seguito a provvedimenti emessi sulla base di dichiarazioni non veritiere, così come previsto dall'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA
i seguenti stati, qualità personali o fatti

☐ di essere erede del/la Sig./ra Cognome_____ Nome_____ data di nascita_____

☐ di essere il rappresentante legale del minore/interdetto/non autonomo

Cognome_____ Nome_____ data di nascita _____

In qualità di ☐ genitore
☐ tutore legale
☐ amministratore di sostegno

Luogo .....

Data .....

IL DICHIARANTE
.....……..