

**Alla Cortese attenzione  
Della Direzione della  
RSA Pia Famiglia**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
N. di telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Documento di Identità \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ data rilascio \_\_\_\_\_  
Rilasciata \_\_\_\_\_ (documento in allegato)

**CHIEDO il rilascio di copia conforme**

Della seguente documentazione \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Per la seguente motivazione \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Intestata a**

Sig./ Sig.ra _		
Nato/a _____		il _____
relativa al periodo dal _	al _	presso la RSA Pia Famiglia in qualità di:
<input type="checkbox"/> Titolare della documentazione		
<input type="checkbox"/> Tutore / Curatore / Amministratore di soggetto interdetto / inabilitato / amministrato *		
<input type="checkbox"/> Erede* di soggetto deceduto		
<input type="checkbox"/> Altro* _____		
* Per i soggetti diversi dal Titolare è necessario allegare dichiarazione sostitutiva di certificazione (autocertificazione)		

- Dichiaro di essere a conoscenza che la copia del FASAS comporta un contributo relativo alle spese di segreteria pari a € 20,00 oltre IVA dovuta per legge per un massimo di 50 facciate. Per ogni facciata aggiuntiva verranno addebitati € 0,20 oltre IVA dovuta per legge.
- Dichiaro di aver ricevuto corretta informativa circa il trattamento dei dati personali e di acconsentire allo stesso ai sensi del D.Lgs 101/2018, D.Lgs 196/2003 e Regolamento UE 679/2016 nell'ambito del procedimento e degli adempimenti conseguenti per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Rivanazzano Terme, lì \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

	<b>Firma del Richiedente</b>
Rivanazzano Terme, lì _____ / _____ / _____	

**Firma per Accettazione della Direzione Sanitaria**

**Presenza visione del Legale Rappresentante**