

**SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**

**RICHIESTA COPIA DI F.A.S.A.S.:**

Data richiesta: ...../...../.....

**Alla Direzione Medica**

Casa di cura

Fondazione Gaetano Piera Borghi

*Dati paziente:*

Cognome ..... Nome ..... Data di nascita ...../...../.....

Data di ricovero ..... Dimissione/i .....-.....-.....

**Motivo della richiesta:** .....

Telefono: ..... Pagamento     diretto     contrassegno

**Persona delegata al ritiro: Cognome** ..... **Nome** .....

**-Allegare copia carta d'identità del delegato.**

**INFORMAZIONI PER LA SPEDIZIONE**

**Spedire a** ..... **Via** .....

**CAP** ..... **Città a** ..... **Provincia (.....)**

N.B. Il ritiro della documentazione è subordinato al pagamento delle relative spese da parte dell'interessato o della persona eventualmente delegata.

Se la cartella viene richiesta tramite fax, occorre allegare la copia di un documento di riconoscimento dell'utente.

- La tariffa per il rilascio del F.A.S.A.S. è di €15(comprensiva dei primi 50 fogli), costo di ogni foglio aggiuntivo di €0,26

Da aggiungere eventuali spese postali se richiesto l'invio della documentazione.

► Firma richiedente

.....

**NOTE PER L'UFFICIO A.D.I.:**

F.A.S.A.S. n° ..... n° cartelle richieste: ... Tot. fogli: ..... Data fotocopiatura...../...../.....

F.A.S.A.S. n° ..... n° cartelle richieste: ... Tot. fogli: ..... Data fotocopiatura...../...../.....

F.A.S.A.S. n° ..... n° cartelle richieste: ... Tot. fogli: ..... Data fotocopiatura...../...../.....

Data consegna ...../...../..... ► Firma per ricevuta ..... ► Firma operatore.....

SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

ATTO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO PER IL TRATTAMENTO  
DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Il/la sottoscritto/a .....

Nato/a a .....

Acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art.13 del D.lgt. n°196 del 30 giugno 2003 (normativa privacy), in qualità di:

- Diretto interessato
- Tutore / Genitore / Familiare / Prossimo congiunto / Convivente/ Legittimo erede

PRESTA IL PROPRIO CONSENSO

Al trattamento dei dati personali e sensibili che riguardano:

- se stesso/a
- il /la sig/sig.ra .....

Nato/a ..... il ...../...../.....

DATA ...../...../.....

► FIRMA .....

SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

DIREZIONE SANITARIA

UFFICIO A. D. I.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_.

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_.

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_.

DELEGA

Al ritiro della fotocopia del F.A.S.A.S.

Il/la sig./ra \_\_\_\_\_.

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_.

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_.

Estremi del documento del delegante

Firma delegante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Estremi del documento del delegato

Firma delegato

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

BREBBIA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**INFORMATIVA EX ART.10 LEGGE 31.12.1996 N.675 (Legge sulla privacy)**

- La informiamo che i dati personali da lei forniti verranno trattati esclusivamente per lo svolgimento di funzioni istituzionali nei limiti stabiliti dalla legge o dai regolamenti. La comunicazione e la diffusione ad enti pubblici non economici è ammessa solo se prevista da norme di legge o di regolamento o se risulta necessaria per lo svolgimento di funzioni istituzionali. La comunicazione e la diffusione a privati o ad enti pubblici è ammessa solo se prevista da norme di legge o di regolamento.

- Il trattamento dei Suoi dati personali verrà effettuata con strumenti manuali, informatici o telematici in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza. In ogni caso la protezione sarà assicurata anche in caso di attivazione di strumenti tecnologicamente più avanzati di quelli attualmente in uso.

- Il conferimento dei dati in via diretta mediante dichiarazione sostitutiva o indiretta mediante indicazione dell'amministrazione presso la quale possono essere acquisiti è da ritenersi obbligatorio. Il rifiuto di rispondere, comporterà automaticamente l'impossibilità di dare corso all'istanza da Lei avanzata.

- Lei potrà esercitare i diritti riconosciuti dall'art. 13 della L. 675/1996.

Allegato 3 - Carta Servizi - Edizione dicembre 2017