



FATEBENEFRATELLI  
RSA San Carlo Borromeo

## RICHIESTA COPIA DEL FASAS

PLV  
Ordine Ospedaliero  
S. Giovanni di Dio  
Solbiate con Cagno

### DATI DEL PAZIENTE

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Reparto: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### RICHIESTA PRESENTATA DA

Paziente /  Parente

Medico curante (allegare motivazione finalità)

Tutore / Curatore / Amministratore di sostegno con decreto del Giudice Tutelare n° \_\_\_\_\_  
del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Erede / Legittimario / Altro avente diritto (allegare documentazione giustificativa)

Avvocato del paziente / Autorità / Ente (specificare) \_\_\_\_\_

Cognome e Nome del richiedente: \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento: Tipo \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

In qualità di: \_\_\_\_\_

Motivo della richiesta: \_\_\_\_\_

### RICHIEDE

Copia integrale del FASAS     Copia parziale del FASAS, specificare \_\_\_\_\_

### MODALITÀ DI CONSEGNA

Ritiro a mano     Ritiro da parte di delegato



FATEBENEFRAPELLI  
RSA San Carlo Borromeo

## RICHIESTA COPIA DEL FASAS

PLV  
Ordine Ospedaliero  
S. Giovanni di Dio  
Solbiate con Cagno

### INFORMATIVA SULLA PRIVACY (art. 13 GDPR 2016/679)

I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per la gestione della presente richiesta e per le finalità connesse al rilascio della documentazione sanitaria, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

Il Titolare del trattamento è: RSA San Carlo Borromeo - Presidio Ospedaliero Riabilitativo – B.V. Consolata Fatebenefratelli – Via Giovanni Falcone 150, Solbiate con Cagno (CO).

Il richiedente dichiara di aver preso visione dell'informativa.

Dichiaro di aver letto l'informativa privacy e presto il consenso al trattamento dei miei dati personali per le finalità sopra indicate.

Firma del Richiedente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

### ALLEGATI (se presenti):

- Copia documento d'identità del paziente (interessato)
- Copia documento d'identità del soggetto legittimato
- Decreto (tutore, curatore, amministratore di sostegno, erede, ecc.)
- Ricevuta pagamento\*
- Altro \_\_\_\_\_

\*Il pagamento deve essere effettuato contestualmente al ritiro del FASAS

### SEZIONE DA COMPILARE AL MOMENTO DELLA CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE A MANO

Ritirata documentazione in data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ da sig./sig.ra \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento verificato:  Sì  No

Firma amministrativo incaricato: \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente (soggetto legittimato/delegato): \_\_\_\_\_



FATEBENEFRAPELLI  
RSA San Carlo Borromeo

## RICHIESTA COPIA DEL FASAS

PLV  
Ordine Ospedaliero  
S. Giovanni di Dio  
Solbiate con Cagno

### DELEGA PER IL RITIRO DELLA COPIA DELLA CARTELLA

#### DATI DEL PAZIENTE (DELEGANTE)

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Reparto: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

#### DATI DEL DELEGATO

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

#### OGGETTO DELLA DELEGA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in qualità di paziente /  
avente diritto, DELEGA il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
al ritiro della copia della cartella clinica relativa al ricovero indicato sopra.

Il delegato è autorizzato esclusivamente al ritiro della documentazione e non al trattamento o  
utilizzo dei dati in essa contenuti per fini diversi da quelli autorizzati dal delegante.



FATEBENEFRATELLI  
RSA San Carlo Borromeo

## RICHIESTA COPIA DEL FASAS

PLV  
Ordine Ospedaliero  
S. Giovanni di Dio  
Solbiate con Cagno

### DOCUMENTI ALLEGATI

Copia del documento di identità del delegante

Copia del documento di identità del delegato

Luogo e Data: \_\_\_\_\_

Firma del Delegante: \_\_\_\_\_

Firma del Delegato (per accettazione): \_\_\_\_\_

### SEZIONE RISERVATA ALL'UFFICIO AMMINISTRATIVO

Ritirata documentazione in data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ da sig./sig.ra \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento verificato:  Sì  No

Firma amministrativo incaricato: \_\_\_\_\_