

Richiesta di rilascio della documentazione clinica ed amministrativa

Il sottoscritto/La sottoscritta _____
(cognome/nome)
nato/nata il _____ a _____
residente a _____ via _____
tel. _____ indirizzo PEC _____
documento d'identificazione _____ rilasciato da _____

chiede

- per se stesso per: _____
(cognome/nome – data di nascita)
- una copia autenticata del verbale di accertamento d'invalidità civile, cecità, sordità
(allega marca da bollo Euro 16,00)
- una copia autenticata del verbale di accertamento dell'handicap/legge 104/92
(allega marca da bollo Euro 16,00)
- una copia del verbale di accertamento d'invalidità, cecità, sordità
- una copia del verbale di accertamento dell'handicap/legge 104/92
- altra documentazione: _____

e dichiara

avvalendosi della disposizione dell'art. 47 comma 3, Testo Unico sulla documentazione amministrativa (DPR n. 445/00) barrando le caselle che interessano e consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 DPR n. 445/00 in caso di dichiarazioni mendaci, di essere:

- il/la titolare della documentazione
- l'esercente la responsabilità genitoriale
- il tutore/la tutrice della persona suddetta
- l'amministratore/l'amministratrice di sostegno della persona suddetta
- l'erede legittimo in qualità di _____
- il delegato/la delegata del/della titolare della documentazione (a questa richiesta deve essere inoltre allegata: la delega opportunamente sottoscritta dall'avente titolo ed una copia di un documento d'identità in corso di validità di quest'ultimo)

Modalità di consegna della documentazione:

- trasmissione al seguente indirizzo/PEC _____
- il/la richiedente ritira la copia.

Il sottoscritto/la sottoscritta dichiara inoltre di aver preso conoscenza della specifica informativa sul trattamento dei dati personali finalizzato alla „Domanda per l'accertamento dell'invalidità civile e/o dell'handicap e/o del collocamento mirato e/o cecità e/o sordità“.

(data)

(firma)