

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 della condizione di disabilità/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 della condizione di disabilità/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 della condizione di disabilità e/o del collocamento mirato e/o cecità e/o sordità“.

(data)

(firma)