



Fondazione  
Villa Sacro Cuore  
Coniugi Preyer

**MODULO DI RICHIESTA DOCUMENTAZIONE**  
(certificato medico – relazione medica - Fa.S.A.S. – documentazione amministrativa)  
Rev. 02 del 13/11/2024

**Alla DIREZIONE SANITARIA/DIREZIONE GENERALE**  
della Fondazione “Villa Sacro Cuore – Coniugi Preyer” – ONLUS  
(Tel. 0374/74140 – Fax 0374/374088 – mail: [preyer@preyer.it](mailto:preyer@preyer.it))

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_,

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_,

Via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_,

Codice Fiscale \_\_\_\_\_, Documento di identità nr. \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ che allego in fotocopia (fronte – retro),  
consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiero e falsità negli atti, di cui  
all'art. 76 del D.P.R. nr. 445 del 28/12/2000,

**CHIEDO**

- In qualità di intestatario della documentazione sanitaria richiesta
  - in qualità di Rappresentante Legale (Amministratore Sostegno/Curatore/Tutore/Procuratore Generale) –(allegare copia del provvedimento)
  - in qualità di familiare (sottoscrittore del contratto di ingresso)
  - in qualità di Medico curante
  - in qualità di erede legittimo
- (i richiedenti devono documentare la qualità)

- IL RILASCIO DI CERTIFICATO MEDICO
- IL RILASCIO DI COPIA DEL Fa.S.A.S. (Fascicolo Socio Assistenziale e Sanitario)
- ALTRA DOCUMENTAZIONE SOCIO-SANITARIA (specificare):  
\_\_\_\_\_
- DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA (specificare):  
\_\_\_\_\_

RELATIVAMENTE ALLA/AL SIG.RA/SIG.:

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

Nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

La documentazione richiesta verrà ritirata secondo una delle seguenti modalità:

- Personalmente presso gli uffici della Fondazione dall'avente diritto o da persona delegata munita di delega scritta
- Via Posta Elettronica Certificata (PEC) all'indirizzo \_\_\_\_\_
- Tramite spedizione postale (con spese a carico del destinatario) all'indirizzo \_\_\_\_\_

(Il sottoscritto dichiara consapevolmente di accettare che il recapito della suddetta documentazione socio-sanitaria avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal codice postale, che prevede la consegna della posta anche a persona diversa dal destinatario presente al domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc...).

Casalmorano, \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

---

Fondazione Villa Sacro Cuore – Coniugi Preyer – ONLUS  
Via Preyer nr. 20 – 26020 Casalmorano (CR) – Tel: 0374 74140 – 0374 74553 Fax 0374 374088  
E mail: [preyer@preyer.it](mailto:preyer@preyer.it) [www.preyer.it](http://www.preyer.it)

Note per il richiedente

- Il tempo di consegna del certificato medico/documentazione amministrativa è di circa 7 giorni lavorativi dalla data di richiesta.
- Il tempo di consegna della copia del Fa.S.A.S. (Fascicolo Socio Sanitario e Assistenziale) è di circa 15 giorni lavorativi dalla data di richiesta, purchè siano trascorsi almeno 15 giorni dalla data di dimissione.
- Per la copia del Fa.S.A.S. è richiesto un contributo di € 0,35 + IVA a foglio formato A4, oltre alle spese di spedizione.
- Il ritiro della documentazione richiesta avviene presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, muniti di documento di identità, dal lunedì al venerdì dalle ore 09,00 alle ore 12,00.  
Se chi ritira è persona diversa dall'intestatario, deve esibire delega e documento di identità del delegante e del delegato.
- Ai sensi del nuovo Regolamento UE 2016/679, il richiedente dichiara di essere informato che il trattamento dei dati personali sarà effettuato, anche con mezzi informativi, ai fini del presente procedimento, e che il titolare del trattamento dei dati è la Fondazione "Villa Sacro Cuore - Coniugi Preyer" – ONLUS.

\*\*\*\*\*

**DELEGA AL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Delego il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_  
a ritirare la documentazione richiesta (al momento del ritiro dovrà essere allegata la copia della carta identità del delegato e del delegante/richiedente).

In fede (firma del delegante/richiedente) \_\_\_\_\_

Casalmorano, \_\_\_\_\_

VISTO IL DIRETTORE SANITARIO/DIRETTORE GENERALE DELLA STRUTTURA:

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

Riservato alla struttura

Si attesta che in data \_\_\_\_\_ è stata ritirata la documentazione richiesta, a seguito di verifica di tutti i requisiti necessari.

Visto U.R.P. \_\_\_\_\_