



Fondazione
Villa Sacro Cuore
Coniugi Preyer

MODULO DI RICHIESTA DOCUMENTAZIONE
(certificato medico – relazione medica - Fa.S.A.S. – documentazione amministrativa)
Rev. 03 del 29/06/2026

Alla DIREZIONE SANITARIA/DIREZIONE GENERALE
della Fondazione Villa Sacro Cuore – Coniugi Preyer – ETS
(Tel. 0374/74140 – Fax 0374/374088 – mail: preyer@preyer.it)

Io sottoscritto/a _____,
nato/a 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 veritiere 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 di 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

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 – ETS.

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. _____