



Istituto delle Suore Adoratrici del SS. Sacramento

ALLEGATO N. 7 alla CdS RSA SOLVENTI

MODULO RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SOCIO-SANITARIA

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

in qualità di _____

(Specificare se Tutore, Amministratore di sostegno, Curatore, familiare – indicare parentela – o delegato)

del/la Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

inserito/a presso "Istituto Casa Famiglia B. P. Francesco Spinelli".

CHIEDO

Che mi venga rilasciata la seguente documentazione:

Per la seguente finalità:

Documento di riconoscimento del richiedente: _____

Data richiesta: _____

FIRMA



DELEGA

Il/La sottoscritto/a nato/a a Prov.
il ___ / ___ / ___ e residente a Prov.
in Via recapito telefonico
e-mail.....

IN QUALITA' DI _____ **del Sig.** _____

DELEGA AL RITIRO

Il/La Sig./Sig.ra..... nato/a a Prov.
il ___ / ___ / ___ e residente a Prov.
in Via recapito telefonico
e-mail.....

al ritiro della copia dei documenti richiesti.

N.B.: la persona delegata dovrà presentare il proprio documento di riconoscimento in corso di validità e copia del documento del delegante.

Si informa che le spese per la duplicazione dei documenti saranno a carico del richiedente.

Firma del delegante _____

| |
|---|
| Documento di riconoscimento: _____ N. _____ |
| Data del ritiro: _____ Consegnati da: _____ |
| Firma delegato _____ |

