

Spett.le
Consultorio AIED
Sede di L'Aquila
L.go A. D'Agostino, 3
67100 L'Aquila

Oggetto: Richiesta di accesso alla documentazione in Vostro possesso

Il/la sottoscritto/a nato/a a
il, residente a via
n....., telefono e-mail

Documento di identificazione* n. rilasciato
da

In qualità di: (barrare la casella che interessa)

- diretto interessato;
- genitore della minore
- tutore legale/amministratore di sostegno di **(in questo caso è necessario allegare il provvedimento);**

CHIEDE

di estrarre copia della documentazione costituita
da

..... in carta libera, relativa a (da compilare nel caso in cui la documentazione sanitaria sia relativa
ad un soggetto diverso dal richiedente)

L'Aquila,

Firma

***Si allega copia del documento di identità in corso di validità del richiedente.**

Si allega, altresì, copia dell'informativa per la privacy firmata, nel caso in cui non sia già presente negli archivi.