CONSULTORIO AIED L'AQUILA

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 in .....via ..... n....., telefono ..... e-mail ..... .

Documento di riconoscimento* .....…….. n. ..... rilasciato da ……..

In qualità di: (barrare la casella che interessa)

o diretto interessato;

o genitore della minore ……;

o 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 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.