

**Oggetto: Richiesta copia documentazione socio-sanitaria
ai sensi della Legge n. 24/2017**

Il /la sottoscritto/a (cognome e nome) _____

nato/a _____ il _____

residente in via/piazza _____ a _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci di cui all'art. 76 del DPR n. 445/2000

☐ in qualità di intestatario della documentazione richiesta

☐ in qualità di tutore/curatore/amministratore di sostegno (allegare provvedimento)

☐ in qualità di erede o chiamato all'eredità (allegare dichiarazione sostitutiva atto notorietà)

CHIEDE

alla Direzione Generale e alla Direzione Sanitaria di A.S.P.eF. (Azienda Servizi alla Persona e alla Famiglia),
con sede legale presso p. le Michelangelo n. 1 a Mantova, il rilascio di copia conforme della cartella socio-
sanitaria del Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____

a _____

La documentazione socio-sanitaria è richiesta ad uso _____

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i.

Data _____

Firma _____

Allegare documento d'identità in corso di validità, eventuali provvedimenti o autodichiarazioni e ricevuta di pagamento*

*Il costo del rilascio della cartella socio-sanitaria è quantificato in euro 20,00. L'importo può essere corrisposto tramite:

- versamento con bollettino c/c postale n. 28394237 intestato ad A.S.P.eF.
- bonifico su c/c IT 05 V 01030 11509 000010948495 acceso presso la Banca Monte dei Paschi di Siena Ag. di Corso Vittorio Emanuele n. 30, 46100 Mantova, intestato ad A.S.P.eF.
- contanti presso ufficio Economico-finanziario di A.S.P.eF. presso la sede legale dell'ente, con rilascio di ricevuta.