



Modalità di richiesta copia Fasas Consultoriale

L'utente del consultorio che necessita della fotocopia del proprio Fasas consultoriale deve procedere in questo modo:

- effettuare la richiesta compilando l'apposito modulo ritirabile in consultorio o in allegato al presente vademecum
- effettuare il pagamento di 25€ presso i CUP della ASST Melegnano e Martesana specificando la seguente codifica "CARTCONS fotocopia FASAS codice mnemonico/alternativo "FASAS"
- consegnare la ricevuta dell'avvenuto pagamento presso il consultorio dove è presente il FASAS da fotocopiare;

L'operatore del consultorio concorderà con l'utente la modalità e i tempi per il ritiro della copia.

Gli operatori dei consultori familiari sono disponibili per eventuali chiarimenti.



All.1

MODULO PER LA RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE CLINICO/SANITARIA
Fasas consultoriale

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ (____) via _____ n. _____

tel. _____ e-mail _____

Documento personale di identità tipo

_____ n. _____

rilasciato da _____ il _____

(Compilare solo se persona diversa dall'intestatario della documentazione)

Consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del d.p.r. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci dichiara di essere _____

(specificare i poteri di delega; o rappresentativi: erede, genitore, tutore, amministratore di sostegno; o perito;)

del _____

(rappresentanza nell'ambito dell'organizzazione di appartenenza: INAIL, Impresa di assicurazione, Strutt. Sanitarie)

Allegare documentazione comprovante: _____

CHIEDE

Copia della cartella socio sanitaria FASAS

Relativa alle prestazioni socio sanitarie fruite presso il consultorio di

_____ nel periodo _____

Allega ricevuta di pagamento avvenuto presso gli sportelli CUP della ASST Melegnano e della Martesana del contributo anticipato (non rimborsabile) per:

"Fotocopia Fasas" CARTCONS Fotocopia Fasas codice mnemonico alternativo Fasas di €25,00

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi del Regolamento UE 679/2016

Milano, ____/____/____

(firma leggibile)

Per il ritiro copia cartella sociosanitaria FASAS

Il/La sottoscritto/a _____

In qualità di *avente diritto _____ *delegato (delega allegata)

DICHIARA di aver ritirato in data odierna la documentazione di cui sopra.

Li, _____

Firma leggibile

Il presente documento è predisposto in ottemperanza al Regolamento UE 679/2016 relativo alla Protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali nonché alla libera circolazione di tali dati



All.2

DELEGA PER IL RICHIESTA/RITIRO COPIA DOCUMENTAZIONE SOCIO SANITARIA
FASAS CONSULTORIALE

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (____) il _____

In qualità di

- ☐ Utente titolare
- ☐ Persona avente diritto (si allega copia attestante il diritto)

DELEGA

Il signor/signora _____

Nato/a a _____ il _____

Documento personale di identità:

tipo _____ rilasciato da _____

n. _____

a richiedere copia della cartella socio sanitaria FASAS**a ritirare copia della cartella socio sanitaria FASAS**

relativa all'utente signor/signora

Nome cognome

data apertura

Numero FASAS

--	--	--

Consultorio di _____**Firma del delegante** _____ **(allegare copia doc d'identità)****Firma del delegato** _____ **(allegare copia doc d'identità)****PER RITIRO COPIA DEI DOCUMENTI RICHIESTI:**

Il/la sottoscritto/a _____

DICHIARA di avere eseguito l'accesso e di aver ritirato in data odierna la sopra elencata documentazione di cui alla richiesta formulata in data ____ / ____ / ____, allegata al presente modulo.

Sede di _____ data ____ / ____ / _____

(firma leggibile)

Sede legale: ASST Melegnano e della Martesana
Via Pandina,1 -20070 Vizzolo Predabissi (MI) – Tel.0298051

www.asst-melegnano-martesana.it

C.F. e P.I. 09320650964