

CENTRO PSICOPEDAGOGICO MOVIMENTI

(Centro autorizzato e accreditato ai sensi della L.R. n. 32/2012 e della Deliberazione della G.R. n. 1288 del 16/09/2013 per la diagnosi e la certificazione dei DSA)

MODULO DI RICHIESTA/DELEGA PER IL RITIRO DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

Spett.le Centro Movimenti
Via del Commercio 30, Ascoli Piceno 63078

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il ____ / ____ / _____ residente a
_____ in via/piazza _____
n° _____ tel. _____
C.F. _____

ALLEGARE copia di un documento di riconoscimento valido del richiedente (nel caso di minore allegare documento di ciascun genitore o di chi ne esercita la potestà genitoriale e tutoriale).

IN QUANTO

- diretto interessato esercitante la potestà nei confronti del minore
- esercitante la rappresentanza legale nei confronti di _____
- minore emancipato

Dichiara di avere l'assenso di altri aventi diritto a richiedere e ritirare il documento di cui alla presente istanza (altro genitore, altri eredi, ecc.), assumendosi tutte le eventuali responsabilità

CHIEDE il rilascio, per gli usi consentiti dalla legge, di: COPIA CONFORME DELLA CARTELLA CLINICA.

MODALITA' DI RICHIESTA

- consegnare direttamente il presente modulo presso la segreteria
- per posta
- posta elettronica (info@centromovimenti.it)

MODALITA' DI RITIRO

- presso la segreteria da parte dell'avente diritto o di persona munita di delega scritta
- invio per posta al recapito indicato dall'avente diritto, con spese a carico del destinatario

Cognome e Nome dell'intestatario _____

Via/Piazza _____ n° _____ CAP _____

Comune di _____ Provincia _____

CENTRO PSICOPEDAGOGICO MOVIMENTI

(Centro autorizzato e accreditato ai sensi della L.R. n. 32/2012 e della Deliberazione della G.R. n. 1288 del 16/09/2013 per la diagnosi e la certificazione dei DSA)

- tramite Posta Elettronica Certificata (PEC)

DELEGA PER IL RITIRO DELLA COPIA DI CARTELLA CLINICA

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il ____ / ____ / _____ residente a
_____ in via/piazza _____
n° _____ tel. _____
C.F. _____

DELEGA

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il ____ / ____ / _____ residente a
_____ in via/piazza _____
n° _____ tel. _____
C.F. _____

AL RITIRO DELLA COPIA DI CARTELLA CLINICA di _____

Dichiara, inoltre, di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la presente delega viene rilasciata (art. 13 D. Lgs 196/2003).

LUOGO e DATA

FIRMA DEL DELGANTE

CENTRO PSICOPEDAGOGICO MOVIMENTI

(Centro autorizzato e accreditato ai sensi della L.R. n. 32/2012 e della Deliberazione della G.R. n. 1288 del 16/09/2013 per la diagnosi e la certificazione dei DSA)

N.B: Si allega alla presente fotocopia del documento di identità del delegante