

RICHIESTA CERTIFICATI

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il ___/___/_____
residente nel Comune di _____ Prov. di _____
in via _____ n. ____ - tel. _____
in qualità di _____ dell'Assistito _____

CHIEDE DI POTER ACQUISIRE:

- Certificato di ricovero
- Certificato di frequenza settimanale
- Certificato di frequenza mensile
- Certificato di dimissioni
- Copia cartella clinica
- Altro _____

Per uso:

- rimborso spese trasporto per il periodo _____
- pratica indennità di frequenza
- pratica invalidità civile e/o L. 104/92
- permesso scolastico (specificare giorni e orari) _____
- altro _____

Si autorizza il rilascio del certificato ai sensi del D. Lgs 196/03 Codice in materia di protezione dei dati personali.

Si allega copia di un documento di identità del richiedente.

Data ___/___/_____

Firma _____

FONDAZIONE O.R.T.U.S. ONLUS - Ospitalità e Residenzialità Terapeutiche di Utilità Sociale

Sede Legale: "Istituto Villaggio Mediterraneo",
Via D. Nicolosi 106 - 95016 Nunziata di Mascali (CT)
Tel. 095/969081 - Fax 095/7815184
"Ambulatorio": Via Gravina 18 - 95014 Giarre (CT)
Tel. 095/933952 Fax 095/9702058

C.F. 92029340871 - P.IVA 05380730878
Iscrizione al Registro delle Persone Giuridiche n. 524
www.fondazioneortus.org
EMAIL: info@fondazioneortus.org
PEC: fondazioneortus@keypec.it

