



Consultorio Familiare Crescereinsieme
Tel. n. 3341124350

RICHIESTA COPIA – ACCESSO CARTELLA FASAS

Il sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Chiede copia del Fasas

Chiede accesso al Fasas

La consegna della copia avviene a seguito di pagamento anticipato del corrispettivo, comprensivo sia dei costi di copiatura che di conservazione:

- € 15,00 per ciascuna copia della cartella Fasas

L'accesso - ritiro della copia cartella potrà avvenire 15 giorni dopo la data di consegna della richiesta.

Delego alla domanda ed al ritiro il/la sig./ra _____
_____ nato/a il _____

Chiedo che la copia mi venga spedita in contrassegno al seguente indirizzo, assumendomi il rischio di eventuale mancato recapito:

Cognome _____

Nome _____

Via _____ n° civico _____

C.A.P. _____ Città _____ Prov. _____

Telefono _____

Data _____

_____ Firma del richiedente

Allegati :

- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente**
- Fotocopia del documento di riconoscimento del/la delegato/a**