



RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA E/O SANITARIA SOCIALE

MOD.SGSI.02 - VER.05 del 1 LUGLIO 2026

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

carta di identità n. _____, comune di _____ (da allegare)

grado di parentela _____

richiede la copia della seguente documentazione:

- ☐ CARTELLA CLINICA DI RIABILITAZIONE
☐ CARTELLA CLINICA OSPEDALE DI COMUNITÀ
☐ FASAS RSA-CDI ☐ Cartella clinica
 ☐ Progetto individuale/PAI
 ☐ Terapia farmacologica
 ☐ Fasas completo
☐ FASAS CURE DOMICILIARI
☐ FASAS UNITÀ DI CURE PALLIATIVE DOMICILIARI
☐ ALTRO _____

del Sig./ra _____

nato/a a _____ il _____

utente dell'Unità operativa _____

dal _____ al _____

Motivo della richiesta: _____

Bergamo, _____ Firma del richiedente _____

Si prega di consegnare il presente modulo, corredato di copia della carta di identità, al servizio di pertinenza oppure inviarlo tramite mail a info@fondazionecarisma.it.

Autorizzazione del Direttore Sanitario
o di un suo delegato _____

Bergamo, _____ Firma per ricevuta _____