

MODULO DI RICHIESTA

Io Sottoscritto

Nato a il

Documento di riconoscimento

In qualità di del paziente

CHIEDE

- **Cartella clinica**
- **Relazione terapeuta**
- **Certificato di frequenza dei mesi**
- **Certificato de piano terapeutico**
- **Atro**

Il sottoscritto è a conoscenza che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti da detto DPR è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia. Inoltre, il sottoscritto autorizza al trattamento dei dati personali, secondo quanto previsto dal D. Lgs. N°101/2018.

Data _____

Firma _____