

MODULO DI RICHIESTA RILASCIO DOCUMENTAZIONE

Spett.le Comunità Montana dei Laghi Bergamaschi
Ambito Alto Sebino
Via del Cantiere, 4
24065 Lovere

c.a. Responsabile Servizi Sociali

Tel. 035/983896
Email: serviziociali@altosebino.cmassrl.it

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ Residente a _____

in via _____ n. _____ CAP _____ Prov. _____

Documento di identità n. _____ che allego in fotocopia (fronte – retro),

CHIEDO

in qualità di:

- intestatario della documentazione richiesta
- genitore esercente la responsabilità genitoriale
- tutore/curatore/amministratore di sostegno (allegare provvedimento)

Il rilascio di copia della seguente documentazione, compresa nel Fascicolo Socio Assistenziale Sanitario (FASAS) di:

Cognome e nome _____ nato/a _____ il _____

frequentante il CDD con sede a Sovere

Elenco documenti richiesti:

Il sottoscritto si impegna a ritirare la documentazione richiesta presso il CDD nei tempi concordati con il coordinatore del centro.

Firma del richiedente
