

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

\_\_\_\_\_