

**MODULO PER LA RICHIESTA DI COPIA DI CARTELLA CLINICA
O ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Il sottoscritto _____ nato a _____ il
_____ e residente a _____ Via
_____ prov. ___ cap ___ recapito telefonico _____

in qualità di

- PAZIENTE - INTERESSATO**
- DELEGATO DEL PAZIENTE - INTERESSATO**
- EREDE DEL PAZIENTE – INTERESSATO (All. 1)**
- ESERCENTE RESPONSABILITÀ GENITORIALE / TUTORE / CURATORE / AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO DEL PAZIENTE – INTERESSATO (All. 2)**

CHIEDE N. _____ COPIA CONFORME DELLA CARTELLA CLINICA

O DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE SANITARIA _____

relativa al sig. _____ nato a _____ il _____
e al seguente periodo di degenza _____

Detta documentazione sarà ritirata

- PERSONALMENTE**
- TRAMITE DELEGA AL SIG. _____**
- TRAMITE SPEDIZIONE A MEZZO POSTALE AL SEGUENTE INDIRIZZO**

_____tramite:

- Raccomandata A/R** (costo di Euro _____)
- Posta ordinaria** (costo di Euro _____; il richiedente è consapevole che eventuali disservizi, ritardi e

smarrimenti sono ascrivibili esclusivamente al gestore di Posta e non potranno essere addebitati alla Casa di Cura).

e sarà rilasciata (se presente nei nostri archivi) nel termine massimo previsto dal Codice Privacy.

Il costo è pari ad Euro _____ per la consegna di persona (all'interessato o al delegato).

Le copie richieste con la presente saranno conservate nei nostri uffici per un termine massimo di **sei mesi**, spirato il quale occorrerà effettuare una nuova richiesta e un nuovo pagamento.

Si allega copia della carta d'identità del richiedente.

Sassocorvaro, _____

Addetto amministrativo

Il richiedente

DELEGA ALLA RICHIESTA DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ e residente a _____
Via _____ prov. ___ cap ___

recapito telefonico _____

DELEGA

il sig. _____ nato a _____ il _____ e residente a _____
Via _____ prov. ___ cap ___

recapito telefonico _____

alla richiesta della documentazione sanitaria relativa all'interessato anzidetto.

Si allegano copia della carta d'identità dell'interessato e della persona delegata.

Sassocorvaro, li

L'interessato delegante

Il delegato

DELEGA AL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ e residente a _____
Via _____ prov. ___ cap ___

recapito telefonico _____

DELEGA

il sig. _____ nato a _____ il _____ e residente a _____
Via _____ prov. ___ cap ___

recapito telefonico _____

al ritiro della documentazione sanitaria relativa all'interessato anzidetto.

Si allegano copia della carta d'identità dell'interessato e della persona delegata.

Sassocorvaro, li

L'interessato delegante

Il delegato

- Informativa ex art. 13 D. Lgs. 196/2003 -

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 La informiamo che i dati da Lei forniti con la compilazione di questo modulo saranno oggetto di trattamento da parte della nostra Casa di Cura, secondo quanto previsto dalla vigente normativa e nel rispetto dell'obbligo di riservatezza.

I dati che Le vengono richiesti servono per finalità strettamente connesse alla Sua richiesta di copia/duplicato della cartella clinica o di altra documentazione sanitaria; tali dati saranno utilizzati e conservati nei nostri archivi sia in formato cartaceo sia in formato elettronico, comunque con strumenti e procedure idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza.

Il conferimento di tali dati è obbligatorio in quanto le informazioni che Lei ci fornisce sono necessarie per assolvere alla Sua richiesta, nonché per i conseguenti adempimenti degli obblighi amministrativi, contabili, fiscali e legali. La mancata comunicazione dei dati richiesti comporta, infatti, l'impossibilità di fornire la documentazione richiesta.

I Suoi dati potranno essere comunicati ai Responsabili e/o agli Incaricati al trattamento dei dati personali (es. dipendenti amministrazione) ed in base alle norme vigenti, per quanto di competenza, alle Aziende Sanitarie e, dietro specifica richiesta, all'autorità giudiziaria o ad altri enti destinatari per legge o regolamenti.

In relazione ai Suoi dati personali Lei potrà esercitare tutti i diritti riconosciuti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003, rivolgendosi direttamente alla nostra Casa di Cura che è il "titolare del trattamento" ed i cui dati identificativi sono riportati nell'intestazione della presente.

RICHIESTA E RITIRO DOCUMENTAZIONE CLINICA DI DEFUNTO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ e residente a _____
Via _____ prov. ___ cap ____
recapito telefonico _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, dichiara, sotto la sua responsabilità:

DICHIARA

DI ESSERE EREDE LEGITTIMO O TESTAMENTARIO DEL DEFUNTO

SIG. _____ nato a _____ il _____ e deceduto
a _____ il _____

Si allega copia della carta di identità del dichiarante.

Sassocorvaro, _____

Il Dichiarante

**RICHIESTA E RITIRO DOCUMENTAZIONE CLINICA DI
MINORENNE – INCAPACE – INTERDETTO – AMMINISTRATO**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ e residente a
_____ Via _____ prov. ___ cap ____
recapito telefonico _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, dichiara,
sotto la sua responsabilità:

DICHIARA

DI ESSERE

- Persona esercente la potestà genitoriale di _____
- Tutore/Curatore di persona interdetta o inabilitata di _____
- Tutore/Curatore di minore _____
- Amministratore di sostegno con delega specifica alla tutela della salute di _____

Si allega copia della carta di identità del dichiarante.

Sassocorvaro, _____

Il Dichiarante

