

MODULO DI RICHIESTA CARTELLA CLINICA/DOCUMENTAZIONE SANITARIA

La/Il sottoscritto/o COGNOME _____ NOME _____
NATO A _____ IL : _____ COD. FISCALE _____
RESIDENTE A : _____ CAP: _____ PROV.: _____
IN VIA/PIAZZA: _____ NUMERO: _____
RECAPITO TELEFONICO _____ FAX o E-MAIL _____
DOCUMENTO DI IDENTITA': carta identità passaporto patente NUMERO: _____

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445 del 25/12/2000 e s.m.i.

DICHIARA DI ESSERE (barrare la voce che interessa):

- TITOLARE
 EREDE LEGITTIMO/TESTAMENTARIO IN QUANTO: FIGLIO CONIUGE ALTRO: _____
 GENITORE ESERCENTE LA POTESTA' GENTORIALE
 DELEGATO
 TUTORE / CURATORE / AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
specificare gli estremi dell'Atto.....

**Allegare fotocopia del documento di riconoscimento
dell'intestatario della cartella clinica e/o documentazione sanitaria richiesta**

Dati dell'Intestatario della cartella (non compilare se la persona richiedente è intestataria della cartella)

COGNOME _____ NOME _____
LUOGO E DATA DI NASCITA _____ CODICE FISCALE _____

CHIEDE COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE SANITARIA:

- cartella clinica altra documentazione sanitaria

Ricovero dal _____ al _____ REPARTO DI: _____
Ricovero dal _____ al _____ REPARTO DI: _____

MODALITA' DI RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

La consegna della documentazione avviene secondo le seguenti modalità:

Ritiro presso il servizio sociale del servizio riabilitativo di riferimento (Ufficio URP) (previa prenotazione)

Ai fini del ritiro, delego la seguente persona:

La Sig.ra / Il Sig. _____ nata/o il : _____

Firma del delegante: _____

PRESENTARSI PRESSO IL SERVIZIO SOCIALE DEL SERVIZIO RIABILITATIVO DI RIFERIMENTO (UFFICIO URP) CON I DOCUMENTI DI IDENTITÀ DEL DELEGATO E DEL DELEGANTE

Servizio postale: autorizzo la spedizione al seguente indirizzo, esonerando l'Amministrazione da ogni responsabilità relativa ad imprevisti postali:

DESTINATARIO: _____

COMUNE DI: _____ PROVINCIA: _____

VIA/PIAZZA: _____ NUMERO: _____ CAP: _____

1. Io sottoscritto dichiaro di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445;

2. Io sottoscritto dichiaro consapevolmente di accettare che il recapito della suddetta documentazione sanitaria avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal codice postale, che prevede la consegna della posta anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc);

3. Ai sensi del D.L.G. 196/03 e del Regolamento UE 679/2016, io sottoscritto dichiaro di essere informato che il trattamento dei dati personali sarà effettuato ai fini del presente procedimento anche con mezzi informatici e che il titolare del trattamento dei dati è Villa Angela.

Data: _____ Firma del richiedente: _____