



MODULO DI RICHIESTA/DELEGA PER IL RITIRO DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

Spett.le
Direzione Medica Ospedaliera

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via/piazza _____ n. _____
tel. _____ C.F. _____

ALLEGARE copia di un documento di riconoscimento valido del richiedente

IN QUANTO

- diretto interessato
 esercitante la rappresentanza legale nei confronti di (1) _____
 essendo legittimo erede di (2) _____

CHIEDE il rilascio, per gli usi consentiti dalla legge, di:

- COPIA CONFORME DELLA CARTELLA CLINICA
 CERTIFICATO DI DEGENZA:
 con diagnosi senza diagnosi
 in carta libera
 in copia conforme e in bollo
 COPIA DI ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

specificare: _____

- in carta libera
 in copia conforme e in bollo

relativa alla degenza o ad altra prestazione sanitaria fruita da:

il/la Sig./ra _____ nato/a _____ il _____
C.F. _____, presso _____
in data _____ (*)

La presente richiesta è formulata ai sensi dell'art. 15 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) per ottenere copia dei dati personali contenuti nella documentazione sanitaria. L'interessato può richiedere, ai sensi dell'art. 15 GDPR.

Il sottoscritto DICHIARA sotto la propria responsabilità di essere a conoscenza di quanto previsto sulla responsabilità penale prevista per chi rende false dichiarazioni, sui relativi controlli e sulla conseguente decadenza dei benefici in caso di verifica di dichiarazione non veritiere, e di acconsentire al trattamento dei dati personali forniti con riguardo al presente procedimento.

Data _____ FIRMA _____



DELEGA

Il sottoscritto delega il/la Sig./ra _____
nato/a a _____ il _____ residente a _____
in via/piazza _____ n. _____, tel. _____
C.F. _____
al ritiro della sopra descritta documentazione.
Documento identità (tipo) _____ N° _____
rilasciato da _____ il _____
(ALLEGARE copia del documento)
Data _____ FIRMA _____

Documentazione richiesta da allegare per :

(1) esercitante la rappresentanza legale nei confronti di:

Nel caso di interdetto o inabilitato:

- copia di un valido documento di identità;
- copia della sentenza attestante il proprio stato di tutore o curatore o copia integrale dell'atto di nascita;

(2) essendo legittimo erede di:

- copia di un valido documento di identità;
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante la qualità di legittimo erede, la relazione di parentela esistente con il defunto, nonché l'indicazione dei dati anagrafici del defunto;

Ai sensi dell'art. 15, par. 3 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), la prima copia dei dati personali contenuti nella documentazione sanitaria richiesta è rilasciata gratuitamente.

Eventuali ulteriori copie richieste dall'interessato potranno essere soggette al rimborso dei costi amministrativi sostenuti dalla Struttura, come previsto dall'art. 12, par. 5 GDPR.

Per copie successive alla prima:

MODALITÀ DI PAGAMENTO

€ _____ per ogni copia di documento . **Totale** da pagare € _____
€ _____ per ogni copia di documento + € _____ per spese postali. **Totale** da pagare € _____

- Riscosso l'importo di € _____
- Ricevuta n. _____ del _____ di € _____
- Copia versamento c.c.p. del _____ di € _____
- Pagamento contrassegno

Firma dell'addetto

Firma richiedente



RITIRO DOCUMENTAZIONE

Il/La Sig./a _____

dichiara di ricevere in data _____ la documentazione richiesta .

Documento identità (tipo) _____ N° _____

rilasciato da _____ il _____

(ALLEGARE copia del documento)

FIRMA _____