

RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ il _____ residente a _____ in via
_____ tel _____

DICHIARA

(ai sensi del D.P.R. n. 445/2000).

Di essere legittimato a richiedere la documentazione sanitaria di _____
nato/a a _____ il _____ residente a _____

in qualità di: genitore esercente la potestà
 tutore (estremi dell'atto di nomina del Giudice _____)
 erede legittimo della suddetta persona deceduta a _____ in data _____
e il cui testamento è depositato presso il Notaio _____
 altro (certificare la posizione giuridica di soggetto legittimato) _____

CHIEDE IL RILASCIO DI

- COPIA DELLA CARTELLA CLINICA, relativa al ricovero avvenuto presso la Clinica
- nel periodo _____ reparto _____
nel periodo _____ reparto _____
nel periodo _____ reparto _____
- COPIA REFERTI di prestazioni sanitarie (visite, esami strumentali, di laboratorio..) eseguite in data _____ descrizione prestazione _____
- CERTIFICAZIONI (di ricovero, di dimissione, ecc.)
- COPIA DI DOCUMENTAZIONE RADIODIAGNOSTICA relativa a prestazione eseguita in data _____ per il seguente esame: - ecografia - TAC - Mammografia - Radiologia - Funzionale
- ALTRO _____

INDICA LA SEGUENTE MODALITA' DI RITIRO

- Personalmente
- Mediante spedizione postale all'indirizzo _____
Dichiara di accettare che il recapito dei suddetti referti clinici avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale, che prevede anche la consegna anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc..)

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data _____ Firma per esteso del richiedente _____

Ai sensi dell'art. 38 del DPR n. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato/a in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio

INFORMAZIONI PER IL RICHIEDENTE

Il pagamento delle spese di copia e/o spedizione della documentazione sanitaria deve essere effettuato in anticipo.

Questo significa che la richiesta di documentazione sanitaria sarà soddisfatta solo dal momento in cui verrà accertato il versamento delle spese.

Le documentazioni sanitarie non ritirate entro 90 giorni dalla disponibilità saranno eliminate

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

La documentazione sanitaria richiesta viene:

- Consegnata, previa esibizione di documento d'identità, al Sig/Sig.ra _____
- Inviata con mezzo postale all'indirizzo indicato

Data _____

Firma per esteso dell'incaricato alla copia cartella _____

Data _____

Firma per esteso dell'incaricato alla consegna _____

Firma per esteso del ricevente _____