

	Modulo	Versione		Data	
	22	04		08/05/2018	
<b>RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA</b>					

Cesano Boscone, data \_\_\_\_\_

Spettabile Direzione Sanitaria

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_), il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

tel. \_\_\_\_\_, documento di identità \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, rilasciato da

\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ (allegare copia del documento di identità)

**CHIEDE il rilascio di copia di:**

- Cartella Clinica       Referto \_\_\_\_\_
- Relazione Sanitaria       Altro \_\_\_\_\_

Relativa al ricovero dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ / oppure alla prestazione del \_\_\_\_\_  
effettuato presso l'Unità Operativa/ di \_\_\_\_\_

Intestato/i a:

- Me stesso
- Altra persona (in questo caso specificare qui di seguito):

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, Residente in \_\_\_\_\_,

CAP \_\_\_\_\_, Prov. \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000, **dichiara inoltre** di essere:

- titolare della documentazione
- genitore esercente la potestà genitoriale
- tutore / curatore / amministratore di sostegno (allegare copia del provvedimento di nomina del Giudice Tutelare del Tribunale)
- erede (allegare copia della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà da cui risultino i nominativi di eventuali altri eredi)

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

**Allegati:**  Documento di identità     Provvedimento del Giudice Tutelare     Dichiaraz. sostitutiva atto notorietà

	Modulo	Versione		Data	
	22	04		08/05/2018	
<b>RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA</b>					

**Il sottoscritto, inoltre, DELEGA al ritiro della documentazione:**

Il/la sig. / sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_  
Firma del richiedente delegante \_\_\_\_\_

**NB. Il delegato dovrà presentarsi munito di documento di identità valido.**

**RICHIEDE, inoltre:**

Che la documentazione venga trasmessa, a mezzo posta raccomandata con ricevuta di ritorno, a spese del richiedente, al seguente indirizzo:

alla c.a. di \_\_\_\_\_,  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_, Città \_\_\_\_\_,  
CAP \_\_\_\_\_, Prov. \_\_\_\_\_

**Note:**-----  
-----

*Si esonera Casa di Cura Ambrosiana S.p.A. / Fondazione Sacra Famiglia onlus (titolari del trattamento) da ogni responsabilità in caso di smarrimento, ritardo, mancata ricezione, eventuali violazioni della normativa privacy, alla stessa non imputabili, causati dall'invio tramite posta della documentazione richiesta.  
Informativa ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679 - I dati verranno trattati esclusivamente per l'espletamento della procedura di richiesta copia e relativa consegna della cartella clinica (o parti di essa). I dati saranno conservati su supporto cartaceo e/o informatico secondo gli obblighi impartiti dalla normativa sul trattamento dei dati personali.  
Il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati nell'ambito del procedimento e degli adempimenti conseguenti.*

**Firma del richiedente** \_\_\_\_\_

<p>In data _____ il Sig./Sig.ra _____ ha  ritirato la documentazione.  <b>Firma per ricevuta</b> _____</p>
--

Diritti riscossi:  Sì  No