

	Modulo	Versione		Data	
	22	05		03/02/2020	
RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA					

Cesano Boscone, data _____

Spettabile Direzione Sanitaria

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____

Nato/a a _____ (Prov. _____), il ____/____/____

Residente in _____ (Prov. _____), Via _____ n. _____

CAP _____ 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)
☐ Ente partecipante alla retta di degenza
☐ Altro.....(specificare)

Firma del richiedente _____

Allegati: ☐ Documento di identità ☐ Provvedimento del Giudice Tutelare ☐ Dichiaraz. sostitutiva
 attonotorietà

	Modulo	Versione		Data	
	22	05		03/02/2020	
RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA					

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 da parte di **Fondazione Sacra Famiglia** a mezzo di:

- ☐ mail (escluso cartella clinica)
☐ pec (escluso cartella clinica)
☐ posta ordinaria al seguente indirizzo *

Che la documentazione venga trasmessa da parte di **Casa di Cura Ambrosiana**:

- ☐ 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 _____

In data _____ il Sig./Sig.ra _____ ha
ritirato la documentazione.

Firma per ricevuta _____

Diritti riscossi: ☐ Sì ☐ No