

**RICHIESTA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Data \_\_\_\_\_  
Spettabile Direzione Sanitaria

**Si richiede:**

Copia cartella clinica  Copia tac  Radiogramma in visione (dietro cauzione)  Altro

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

ricoverato dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ reparto \_\_\_\_\_ N° Carta d'Identità: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Se non potrà ritirare personalmente la Sua documentazione clinica, La preghiamo di compilare il paragrafo "delega" sottostante. Il delegato dovrà presentarsi allo sportello munito di un valido documento di riconoscimento. In questo modo avremo la certezza di consegnare gli esiti ad una persona di sua fiducia, garantendole una migliore tutela della riservatezza dei Suoi dati personali così come previsto dal D.lgs 196/2003, c.d. "Legge sulla Privacy".**

**DELEGA**

il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Firma del delegante: \_\_\_\_\_

Modalità di ritiro e pagamento:

Presso sportello Accettazione Ricoveri (richiesto pagamento anticipato)

Servizio postale in contrassegno (la documentazione verrà recapitata presso l'indirizzo di residenza dell'interessato)

**RICHIEDENTE**

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, dichiara:

Di essere genitore esercente la patria potestà

Tutore\*

Curatore\*

Amministratore di sostegno\*

\* (allegare provvedimento di nomina da parte del Giudice Tutelare del Tribunale)

Erede (che agisce in nome e per conto di altri coeredi)

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

**RITIRANTE**

Nome, cognome del ritirante (in stampatello): \_\_\_\_\_

Tipo documento identità \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Data ritiro documentazione \_\_\_\_\_ Firma per ricevuta e consenso al trattamento: \_\_\_\_\_

**Informativa (art. 13 D.lgs n. 196 / 2003)**

I dati verranno trattati esclusivamente per scopi connessi al compimento di procedure della Casa di Cura in merito al trattamento dei dati dei soggetti interessati al fine di tutelarne i diritti di riservatezza. I dati saranno conservati su supporto cartaceo con logiche di rispetto degli obblighi impartiti dalla legge sul trattamento dei dati personali (D.lgs. n. 196 / 2003).

Diritti riscossi:  SI  NO