

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
 - erede testamentario** 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 l'Ospedale di
nel periodo reparto/i
- nel periodo reparto/i
- nel periodo reparto/i
- COPIA REFERTI** di prestazioni sanitarie (visite, esami strumentali, di laboratorio...) eseguite in data
presso 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 Radiografia Funzionale
- ALTRO**

INDICA LA SEGUENTE MODALITA' DI RITIRO

- Personalmente** o con **delega** al Sig./Sig.ra
Dichiara di essere a conoscenza che il delegato dovrà essere persona maggiorenne e al momento del ritiro della documentazione sanitaria dovrà esibire un proprio documento d'identità e fotocopia di un documento d'identità valido del delegante.
- Mediante spedizione postale in contrassegno con tariffa a carico del destinatario**
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.).
La tariffa è comprensiva dei costi di riproduzione e imballaggio, ove previsti, se non pagati anticipatamente
- Mediante spedizione postale all'estero**
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.)

Altro da dichiarare
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 competente via fax, a mezzo posta o tramite un incaricato.*

