

Il/la Sottoscritto/a _____ Nato/a a _____
il _____ Residente a _____ Prov. _____ CAP _____
Via _____ N. _____

Recapito Telefonico _____ Recapito fax _____

E-Mail PERSONALE _____ PEC PERSONALE _____

documento d'identità n. _____ del _____ rilasciato da _____

consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia; consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione e consapevole altresì che ove i suddetti reati siano commessi per ottenere la nomina a un pubblico ufficio, possono comportare, nei casi più gravi, l'interdizione temporanea dai pubblici uffici, sotto la propria responsabilità

IN QUALITA' DI

- a) diretto interessato (titolare della cartella clinica o altra documentazione sanitaria, maggiorenne o minore emancipato)
- b) genitore esercente la responsabilità genitoriale nei confronti del minore
- c) affidatario del minore
- d) tutore
- e) curatore
- f) amministratore di sostegno
- g) erede legittimo
- h) erede testamentario
- i) convivente del defunto
- l) persona in unione civile del defunto
- m) legale rappresentante
- n) coniuge o figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, del titolare della cartella clinica o altra documentazione sanitaria, il quale si trova in una situazione di impedimento temporaneo alla sottoscrizione ed alla dichiarazione, per le seguenti ragioni connesse allo stato di salute (ex art. 4, comma 2 D.P.R. 445/2000)

o) delegato

p) altro _____

CHIEDE COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

del/la Sig./Sig.ra _____ Nato/a a _____

il ____/____/____ inerente al ricovero avvenuto presso l'Unità Operativa di:

_____ dal _____ al _____
_____ dal _____ al _____
_____ dal _____ al _____

☐ **COPIA gratuita se prima richiesta.**

☐ **COPIA successiva alla prima al costo di 35€ per ogni cartella clinica richiesta.**

Per ricoveri ripetuti con trasferimento interno il costo resta invariato (35€).

CON RITIRO / INVIO TRAMITE:

☐ Di persona

☐ Posta ordinaria al costo di 10€

☐ Raccomandata con ricevuta di ritorno al costo di 15€

☐ Tramite PEC PERSONALE _____

☐ **CHIEDE LA SPEDIZIONE all'indirizzo di residenza di seguito indicato**

previa presentazione di documentazione attestante il pagamento delle spese di riproduzione e postali

al/la Sig./Sig.ra _____

Via _____ n. _____

Località _____ (prov. _____) CAP _____

☐ **PROVEDERA' PERSONALMENTE AL RITIRO**

I dati saranno trattati dall'Azienda, anche con strumenti informatici, per gli adempimenti previsti da Leggi e Regolamenti. Il/la sottoscritto/a ne autorizza il trattamento, compreso quello dei dati sensibili, nel rispetto del Decreto Legislativo 30.06.2003 n. 196 ad Oggetto "Codice in materia dei dati personali".

☐ **DELEGA AL RITIRO**

il/la Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il ____/____/____

documento di identità n° _____

Data di presentazione della richiesta

Firma leggibile dell'interessato

Data di ritiro documentazione

Firma leggibile dell'interessato/delegato

ALLEGATI:

Fotocopia fronte-retro del documento di riconoscimento (in corso di validità) del richiedente ove previsto

Fotocopia fronte-retro del documento di riconoscimento (in corso di validità) del delegante/delegato

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà per i casi g); h); i); l)

Provvedimento di nomina per i casi c); d); e); f)

Mandato o procura per il caso m)

SEZIONE DEDICATA A SOL ET SALUS

Pagamento n. _____ del _____

Spedita il _____ Firma leggibile dell'Operatore _____

In conformità all'art 5 del D.Lgs n 33/2013, si riporta il nominativo del responsabile della corretta tenuta della cartella clinica Direttore Sanitario Dott. Massimo Montesi recapito telefonico 0541/725104