

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna	MODULO Richiesta copia cartella clinica o altra documentazione sanitaria	MR del 01.12.2017 Pag. 1/2
Area Dipartimentale Piattaforme Amministrative		

Alla DIREZIONE MEDICA di PRESIDIO

di _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ (_____)

in Via _____ N. _____

recapito telefonico _____ recapito fax _____

e-mail _____

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 _____

ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (specificare) _____

in formato cartaceo

in formato elettronico

CHIEDE LA SPEDIZIONE all'indirizzo di seguito indicato previa presentazione di documentazione attestante il pagamento delle spese di riproduzione e postali

al/la Sig./Sig.ra _____ presso il seguente indirizzo

Via _____ n. _____

Località _____ (prov. _____) CAP _____

DELEGA al ritiro il/la Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

PROVVEDERA' 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 e s.m.i. in materia di protezione dei dati personali di cui al Regolamento Europeo n. 679/2016.

Data di presentazione della richiesta _____

Firma leggibile dell'interessato/delegante _____

Firma leggibile del 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)

Consegnata il _____ Pagamento n. _____ del _____

Firma per ricevuta _____

Spedita il _____ Firma leggibile dell'Operatore _____