

 <b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna	<b>MODULO</b>  <b>Richiesta copia cartella clinica o altra documentazione sanitaria</b>	<b>MR</b> <b>del 01.12.2017</b> <b>Pag. 1/2</b>
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 \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**O 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 \_\_\_\_\_