

MODULO

Richiesta copia cartella clinica o altra documentazione sanitaria

Alla DIREZIONE CLINICA della REVERIE COMUNITA' 1 del PRESIDIO (SRTR-e) sito in Roma via Moncenisio 20

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) tutore
- c) curatore
- d) amministratore di sostegno
- e) erede legittimo
- f) erede testamentario
- g) convivente del defunto
- h) persona in unione civile del defunto
- i) legale rappresentante
- l) 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)**
- m) delegato
- n) 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 _____

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 ad Oggetto "Codice in materia dei dati personali".

Data di presentazione della richiesta Firma leggibile dell'interessato/delegante _____

Firma leggibile del delegato _____

ALLEGATI:

Fotocopia fronte-retro firmata del documento di riconoscimento (in corso di validità) del richiedente
Fotocopia fronte-retro del documento di riconoscimento firmata (in corso di validità) del delegante/delegato
Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà per i casi e); f); g); h)
Provvedimento di nomina per i casi b); c); d)
Mandato o procura per il caso i)