

MODULO DI RICHIESTA PER IL RITIRO DELLA CARTELLA CLINICA

IN QUALITA' DI

- Intestatario (Titolare della cartella clinica)
- Genitore
- Esercente la potestà genitoriale nei confronti dell'intestatario
- Legale rappresentate/ Tutore/ Curante dell'intestatario
- Difensore per svolgimento di indagini per procedimenti penali in corso (allegare copia del procedimento, delega e documenti del titolare della cartella)

INDICARE IL TITOLARE DELLA CARTELLA CLINICA (da compilare SOLO se il richiedente è diverso dal titolare)

MOTIVO DELLA RICHIESTA: _____

RICHIEDO la cartella clinica in copia conforme all'originale in relazione alla seguente prestazione:

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE	OPERATORE DI RIFERIMENTO	DATA DI INGRESSO	NR. COPIE

- Provvederò personalmente al ritiro
- Delego il/la sig./sig.ra _____

nato/a il _____ a _____

(allegare documento di riconoscimento)

- Chiedo invio tramite posta al seguente indirizzo _____

• Chiedo invio a mezzo mail al seguente indirizzo di posta elettronica _____

- lo sottoscritto dichiaro di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'Art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.
- lo sottoscritto dichiaro consapevolmente di accettare che il recapito della suddetta documentazione sanitaria avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dalla raccomandata postale, che prevede la consegna della posta anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc.)

IN ASSENZA DELLE DOCUMENTAZIONE NECESSARIA LA RICHIESTA NON SARA' EVASA.

DATA _____

FIRMA _____