

## RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA O ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

### IN QUALITÀ DI:

- diretto interessato** (*allegare fotocopia del documento di identità del firmatario*)
- legale rappresentante dell'interessato:** tutore - curatore - amministratore di sostegno (*allegare fotocopia del documento di identità del firmatario e documentazione attestante i poteri di rappresentanza*)
- persona delegata dal diretto interessato** o da chi esercita legalmente la potestà (*allegare fotocopia del documento di identità del firmatario ed originale della delega corredata da fotocopia del documento di identità del delegante*)
- legittimo erede dell'intestatario** (o equivalente titolo di legittimazione) / familiare (*allegare fotocopia del documento di identità del firmatario e documentazione attestante il grado di parentela o il titolo di erede o altro equivalente titolo di legittimazione, come la dichiarazione sostitutiva di certificazione*)
- oggetto delegato da un legittimo erede o equivalente titolo di legittimazione** (*allegare fotocopia del documento di identità del firmatario ed originale della delega corredata da fotocopia del documento di identità del delegante*)
- oggetto terzo** - rispetto all'interessato - che ha la documentata necessità di far valere o difendere un diritto, della personalità o altra libertà inviolabile e fondamentale, in sede giudiziaria oppure di tutelare una situazione giuridica rilevante, purché di pari rango rispetto al diritto dell'interessato (*allegare fotocopia del documento di identità del firmatario e idonea documentazione attestante le ragioni poste alla base della richiesta di accesso*)

### richiede la seguente documentazione:

- COPIA AUTENTICATA CARTELLA CLINICA
- DICHIARAZIONE DEGENZA/CERTIFICAZIONE \_\_\_\_\_
- COPIA IMMAGINI RADIOGRAFICHE
- COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA RSA

### relativa a:

(*da compilare se il richiedente è soggetto diverso dall'intestatario della documentazione*)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

ricoverato presso

Casa di Cura Frate Sole

Rsa Frate Sole

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali derivanti da mendaci dichiarazioni,

### DICHIARA

di avere ricevuto l'informativa al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 e di essere consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del Dpr 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci o reticenti sotto la propria responsabilità e conferma la veridicità di quanto sopra riportato.

N.B.: Il ritiro della fotocopia di cartella clinica deve essere effettuato entro e non oltre il termine massimo di 3 mesi dall'effettiva richiesta scritta, trascorsi i quali la copia richiesta verrà distrutta con le modalità indicate dalle norme di legge.

**Il richiedente si impegna al pagamento, al momento della richiesta, dei diritti di segreteria per il rilascio della documentazione sanitaria richiesta e delle eventuali spese di spedizione.**

## RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA O ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

**ALLEGATI:**

- fotocopia di documento di identità del firmatario
- documentazione attestante i poteri di rappresentanza
- originale della delega corredata da fotocopia del documento di identità del delegante
- documentazione attestante il grado di parentela e/o il titolo di erede o equivalente titolo di legittimazione *(per le persone decedute)*
- documentazione attestante la necessità di far valere un proprio diritto di pari rango rispetto a quello dell'interessato

**Il sottoscritto richiede inoltre che la documentazione richiesta gli venga recapitata tramite corriere a:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 doc. ident. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
 nr telefonico \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
 Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Autorizzazione del Direttore Sanitario (data e firma)** \_\_\_\_\_

**RITIRO/SPEDIZIONE** *(a cura dell'Operatore della Reception)*

La documentazione è stata ritirata dal Sig. \_\_\_\_\_  
 regolarmente munito di documento di riconoscimento in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Firma per il ritiro \_\_\_\_\_  
 Spedizione tramite corriere con tracciamento nr \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Dati di Riferimento Cartelle Cliniche oggetto di Copia** *(a cura dell'Operatore della Reception)*

Nr Cartella	Presidio	Data ingresso	Data dimissione	N. Fattura	Data Saldo

**Dati di Riferimento Immagini Radiografiche oggetto di Copia** *(a cura dell'Operatore della Reception)*

Nr Cartella	Presidio	Data RX	DISTRETTO RX	N. Fattura	Data Saldo

## DELEGA AL RITIRO DI COPIA CARTELLA CLINICA O ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/La richiedente \_\_\_\_\_  
(Cognome Nome Intestatario CC) (Codice Fiscale Intestatario CC)

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(Luogo, Prov. di nascita Intestatario CC) (Data di nascita Intestatario CC)

Residente a \_\_\_\_\_  
(Luogo, Prov., Località, Indirizzo, N. civico Intestatario CC)

Doc. di identificazione \_\_\_\_\_  
(Tipo e N. documento di identità Intestatario CC)

### DELEGA

Il/La Signore/a \_\_\_\_\_  
(Cognome Nome Delegato) (Codice Fiscale Delegato)

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(Luogo, Prov. di nascita Delegato) (Data di nascita Delegato)

Residente a \_\_\_\_\_  
(Luogo, Prov., Località, Indirizzo, N. civico Delegato)

Doc. di identificazione \_\_\_\_\_  
(Tipo e N. documento di identità Delegato)

### A RITIRARE COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE SANITARIA:

- Duplicato autenticato Cartella Clinica
- Dichiarazione degenza/certificazione
- Copia immagini Iconografiche (Lastre)
- Copia documentazione sanitaria RSA

Il sottoscritto dichiara di avere ricevuto l'informativa al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 e ALLEGA alla presente copia fotostatica del documento di identità sopra indicato (2).

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(Firma)