

MSC.DS.23 Rev. 1 Novembre 2022 Pag.1 di 2	Direzione Sanitaria	Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS Istituto Palazzolo	
RICHIESTA COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA			

(Firma dell'Operatore che ha gestito la pratica _____)

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____ Prov. _____
 Residente a _____ Prov. C.A.P. _____ via _____ n. _____
 Codice Fiscale _____ Telefono _____

**Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per
attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità**

DICHIARA DI ESSERE

- ☐ Intestatario della documentazione sanitaria
- ☐ Genitore esercente la responsabilità genitoriale del minore
- ☐ Tutore ☐ Amministratore di Sostegno ☐ Curatore
- ☐ Erede che agisce in nome e per conto degli altri coeredi
- ☐ Delegato

dell'intestatario della documentazione sanitaria di seguito indicato

(da compilare solo se il Soggetto richiedente è diverso dall'Intestatario della documentazione sanitaria)

Nome _____ Cognome _____ nato/a il _____ a _____ Prov. _____
 Codice Fiscale _____ Telefono _____

CHIEDE

- ☐ copia di Cartelle Clinica/FASAS: € 50
- ☐ copia di lastra radiografica con referto: € 20 ☐ copia di lastre successive: € 9
- ☐ copia di referto € 5

relativa al periodo di ricovero c/o il reparto di _____ dal _____ al _____
 c/o il reparto di _____ dal _____ al _____
 relativa alla prestazione ambulatoriale _____ effettuata in data _____

**PROVVEDERA' AL RITIRO di copia della documentazione richiesta, previo pagamento anticipato,
CON LE SEGUENTI MODALITA'**

- ☐ di persona, con documento di identità, in Portineria dal lunedì al venerdì dalle ore 14.00 alle ore 18.30
- ☐ tramite delega al ritiro mediante la compilazione della sottostante sezione "DELEGA AL RITIRO" e di documento di identità proprio e del delegante
- ☐ tramite posta raccomandata al seguente indirizzo: _____
 copia di Cartella Clinica/Fasas con spese di spedizione a carico del destinatario: € 70
 per copia di lastra radiografica con referto le spese di spedizione sono a carico del destinatario: € 10
- Se Tutore/Amministratore di Sostegno/Curatore è indispensabile presentarsi munito di provvedimento di nomina da parte del Giudice Tutelare del Tribunale e di proprio documento di identità
 - Se Genitore esercente la responsabilità genitoriale del minore è necessario esibire proprio documento di identità
 - Se Erede che agisce in nome e per conto degli altri coeredi per il rilascio della copia della documentazione è necessario esibire proprio documento di identità e dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

MSC.DS.23 Rev. 1 Novembre 2022 Pag.1 di 2	Direzione Sanitaria	Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS Istituto Palazzolo	
Data _____ RICHIESTA COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA _____ Firma _____			

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento UE N. 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____ Firma _____

DELEGA AL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Si ricorda che la documentazione sanitaria richiesta, in assenza di compilazione del presente modulo di delega al ritiro, non sarà consegnata se non all'interessato.

Per il ritiro della documentazione sanitaria richiesta è indispensabile presentarsi muniti di documento di identità in corso di validità

Data _____

Il/La sottoscritto/a: Cognome _____ Nome _____

DELEGA

Il/La Sig./Sig.ra: Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Tipo e documento di identità n° _____

al ritiro della documentazione sanitaria, previa esibizione del documento d'identità

Data _____

Firma _____

RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

In data odierna il Sig./la Sig.ra _____ ha ritirato la documentazione sanitaria.

MSC.DS.23 Rev. 1 Novembre 2022 Pag.1 di 2	Direzione Sanitaria	Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS Istituto Palazzolo	
RICHIESTA COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA			

Data _____

Firma di chi ritira _____