



RICHIESTA COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

La richiesta deve essere effettuata all'Ufficio Controllo CC/FASAS dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 12.30 e dalle 14.30 alle 16.00 o via email all'indirizzo dir-san.palazzolo@dongnocchi.it, mediante la compilazione di questo modulo e previo pagamento anticipato. In casi di urgenza la richiesta può essere depositata in portineria.

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 *(a fronte di più ricoveri consecutivi nella Struttura sarà addebitato il solo costo di una Cartella Clinica)*
 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 _____

**PROVEDERA' AL RITIRO di copia della documentazione richiesta
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

Data _____

Firma _____



RICHIESTA COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

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.

Data _____

Firma di chi ritira _____