

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](mailto:dir-san.palazzolo@dongnocchi.it), mediante la compilazione di questo modulo e previo pagamento anticipato. In casi di urgenza la richiesta puo' essere depositata in portineria.

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_  
 Prov. C.A.P. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_ 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. \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_  
 Telefono \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- prima copia di Cartella Clinica/FASAS gratuita
  - seconda copia di Cartella Clinica/FASAS e successive: € 50 *(a fronte di più ricoveri consecutivi nella Struttura sarà addebitato il costo di una sola Cartella Clinica)*
  - prima copia di lastra radiografica/CD con referto gratuita
  - seconda copia di lastra radiografica/CD con referto e successive: € 20
  - prima copia di referto gratuita
  - seconda copia di referto e successive: € 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  
 CON LE SEGUENTI MODALITA'**

- di persona, con documento di identità, in Portineria dal lunedì alla domenica dalle ore 10.00 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: \_\_\_\_\_

Il costo di spedizione di Cartella Clinica/Fasas è pari a € 20 in aggiunta al costo della copia se previsto

Il costo di spedizione di CD/lastra è pari a € 10 in aggiunta al costo della copia se previsto

- 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 \_\_\_\_\_