

## 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 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 \_\_\_\_\_