

	CDC_MOD_rcc	DS/ds	Rev. 03: 09/12/2024
	RICHIESTA DI COPIA CONFORME DELLA CARTELLA CLINICA E/O DI ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA		

RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA – MODULO 1

RICHIESTA N. _____
 PRESENTATA IN DATA

--	--	--	--	--	--	--	--

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME E NOME _____

NATO/A IL _____ A _____ PROV. _____ STATO DI NASCITA _____

RESIDENTE A _____ PROV. _____

IN VIA/PIAZZA _____ N. _____

CAP _____ RECAPITO TELEFONICO _____

- INTESTATARIO** della documentazione sanitaria richiesta (titolare)
- ALTRO AVENTE DIRITTO:** in tal caso compilare **anche il modulo 2 sul retro** (dichiarazione sostitutiva di certificazione)

CHIEDE IL RILASCIO DI

- COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE DELLA CARTELLA CLINICA
- COPIA ESAME RADIOGRAFICO DEL: _____

INTESTATI AL PAZIENTE (COMPILARE SOLO SE TRATTASI DI PERSONA DIVERSA DALL'INTESTARIO)

COGNOME E NOME _____

NATO/A IL _____ A _____ PROV. _____ STATO DI NASCITA _____

RESIDENTE A _____ PROV. _____

IN VIA/PIAZZA _____ N. _____

CAP _____ RECAPITO TELEFONICO _____

REPARTO/SERVIZIO	PERIODO DI RICOVERO e n° cartella clinica	N° COPIE

Letto, confermato e sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e mendaci negli atti, di cui all'art.76 del DPR n. 445 del 28/12/2000 e ss. mm. e ii., e dichiarando altresì 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, di cui se ne autorizza il trattamento, saranno trattati in conformità alla succitata normativa, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della presente richiesta e che si potranno reperire ulteriori informazioni sulle modalità di utilizzo degli stessi presentando apposita richiesta all'Ufficio Relazioni con il Pubblico della Casa di Cura "Auxologico Roma - Buon Pastore" di Roma. Il richiedente accetta ed è stato debitamente informato anche sul fatto che, qualora la documentazione non venisse ritirata entro sei mesi dalla richiesta (centottanta giorni), la stessa sarà distrutta, senza preavviso alcuno, nel rispetto della normativa vigente. In questo caso l'avente diritto dovrà presentare una nuova richiesta.

Roma, lì _____ n° documento identità del richiedente _____



Firma leggibile del richiedente per esteso _____

MODALITÀ DI ACQUISIZIONE

- PROCEDURA ORDINARIA ENTRO I TERMINI PREVISTI DALLA LEGGE (LEGGE N. 241/90 E SS. MM. E II.): **RITIRO IN SEDE**
ORARI UFFICIO consultare sito web: www.auxologico.it/sedi/auxologico-roma-buon-pastore oppure contattare: 06.6152.1965 (centralino)

- SPEDIZIONE IN CONTRASSEGNO ALLA TARIFFA POSTALE VIGENTE ALL'INDIRIZZO SOPRA INDICATO OPPURE:
CITTÀ _____ PROV. _____
- VIA/PIAZZA _____ N. _____ CAP _____

Roma, Lì _____

 Per ricevuta (firma leggibile del richiedente) _____

 Visto (sigla dell'incaricato) _____

MODULO 2. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DELL'ART. 46 DEL DPR N. 445 DEL 28/12/2000
DA COMPILARE SOLO SE LA CARTELLA CLINICA SI RIFERISCE A PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A (COGNOME NOME) _____

N. DOC. IDENTITÀ _____ RILASCIATO DA _____ IL _____

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI NEL CASO DI DICHIARAZIONI NON VERITIERE E FALSITÀ NEGLI ATTI DI CUI ALL'ART.76 DEL DPR N. 445 DEL 28/12/2000 E SS. MM. E II.

DICHIARA DI RICHIEDERE LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DI CUI AL MODULO 1 E DI ESSERE:

- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO DELL'INTESTATARIO/A DELLA CARTELLA CLINICA
- LEGITTIMO EREDE DELL'INTESTATARIO/A DELLA CARTELLA CLINICA
- CONIUGE E DICHIARA, INOLTRE, CHE L'INTESTATARIO DELLA CARTELLA CLINICA È TEMPORANEAMENTE IMPEDITO ALLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE RICHIESTA PER RAGIONI CONNESSE ALLO STATO DI SALUTE
- FIGLIO/A (SOLO IN ASSENZA DEL CONIUGE) E DICHIARA, INOLTRE, CHE L'INTESTATARIO DELLA CARTELLA CLINICA È TEMPORANEAMENTE IMPEDITO ALLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE RICHIESTA PER RAGIONI CONNESSE ALLO STATO DI SALUTE
- ALTRO PARENTE IN LINEA RETTA O COLLATERALE FINO AL TERZO GRADO (SOLO IN ASSENZA DEL CONIUGE E DEL FIGLIO DELL'INTESTATARIO) E DICHIARA, INOLTRE, CHE L'INTESTATARIO DELLA CARTELLA CLINICA È TEMPORANEAMENTE IMPEDITO ALLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE RICHIESTA PER RAGIONI CONNESSE ALLO STATO DI SALUTE
- ESERCENTE LA POTESTÀ GENITORIALE DELL'INTESTATARIO/A DELLA CARTELLA CLINICA
- TUTORE DELL'INTERDETTO/A INTESTATARIO/A DELLA CARTELLA CLINICA
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO SE ESPRESSAMENTE ABILITATO DAL DECRETO DI NOMINA
- TUTORE DEL MINORE INTESTATARIO/A DELLA CARTELLA CLINICA
- NELLO STATO DI NECESSITÀ E DI URGENZA SANITARIA
- ALTRO (SPECIFICARE) _____

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato informato/a che, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003 e ss. mm. e ii. e del Regolamento UE n. 679/2016 che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della presente richiesta e acconsente, pertanto, che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

ROMA, li _____ n° documento identità del richiedente _____



Firma leggibile del richiedente per esteso _____

LA CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA DI CUI AL MODULO 1 POTRÀ ESSERE RITIRATA DALLA PERSONA DELEGATA ESCLUSIVAMENTE IN CASO DI:

1. CORRETTA COMPILAZIONE DEL PRESENTE MODULO 2 DA PARTE DEL DELEGATO COMPENSIVO DI DELEGA SCRITTA DEL DELEGANTE RIPORTATA IN CALCE ALLA PRESENTE.
2. COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL DELEGATO
3. COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL DELEGANTE.

DELEGA AL RITIRO

IO SOTTOSCRITTO/A _____ DELEGO IL/LA

 SIG./SIG.^{RA} _____ N° DOCUMENTO _____

A RITIRARE IN PROPRIA VECE LA DOCUMENTAZIONE DI CUI AL PRESENTE MODULO DI RICHIESTA (NEI CASI PREVISTI).

 FIRMA LEGGIBILE DEL DELEGANTE (INTESTATARIO) _____

 FIRMA LEGGIBILE DEL DELEGATO _____

LUOGO E DATA _____

RITIRATO IN DATA						
L'INCARICATO _____						