



**RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA
e/o
DOCUMENTAZIONE SANITARIA CONTENUTA**

**PRO 2
Mod.01
Rev.3/2023**
Pag. 1 di pag. 1

Richiesta copia documentazione sanitaria a: Servizio Ricoveri Poliambulatorio

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

residente a _____ in via/piazza _____ n. _____

Tel/cell _____ e-mail _____

DICHIARO DI ESSERE

(barrare la voce che interessa ed allegare eventuale documentazione a supporto)

- l'intestatario della documentazione sanitaria persona delegata (come da dichiarazione espressa nell'apposito modulo)
 tutore/amministratore di sostegno erede legittimo
 genitore esercente la patria potestà (come da dichiarazione espressa nell'apposito modulo) Altro _____

CHIEDE

il Rilascio di N°..... copia/e conforme all'originale della **Cartella Clinica** del ricovero avvenuto il __/__/____

il Rilascio di N°..... copia **di Prestazione Ambulatoriale** (cartella MAC/BOCA) avvenuta il __/__/____

Il Rilascio di Copia conforme all'originale del **Referto** contenuto in cartella di _____,
(Specificare tipologia)

se previsto compreso di CD: SI NO del ricovero avvenuto il __/__/____

della/del Sig.ra/Sig. _____ nato/a il __/__/____

Richiesta: **ORDINARIA**

DI INVIO PER POSTA

al seguente indirizzo
sollevo la Casa di Cura Igea da ogni responsabilità relativamente allo smarrimento o danno del documento nonché sull'uso in materia di protezione dei dati personali previsti dal D.Lgs 101 del 10 agosto 2018, ai sensi dell'art. 13 del regolamento UE 2016/679

Documento di identità del richiedente n. _____ rilasciato da: _____ di
cui allego copia (fronte e retro), consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 N° 445.

Data della richiesta __/__/____ Firma del richiedente _____

Il trattamento dei dati è conforme alle disposizioni contenute ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali e D.lgs. 10/08/2018 n.101, nonché possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Spazio a cura dell'ufficio di competenza:

Firma dell'operatore che riceve la richiesta: _____

Cartella Clinica N. _____

Prestazione Ambulatoriale N. _____

Il documento è ordinato dal pag.1 a pag. _____

Data contatto al completamento __/__/____

Firma e/o sigla operatore _____