

Richiesta di rilascio della documentazione clinica

Il sottoscritto/La sottoscritta

nato/a a il

residente a

documento d'identificazione n. rilasciato da

il tel.....

CHIEDE

il rilascio in copia della **propria** documentazione clinica

oppure

il rilascio in copia della documentazione clinica **di**

.....
nato/a a il

residente a

Prestazione sanitaria	U.O./Reparto	Data/Periodo	Documentazione clinica
<input type="checkbox"/> Ricovero ospedaliero <input type="checkbox"/> (Ricovero ordinario, Day Hospital, Day Surgery)	(prego indicare)	(prego indicare)	Cartella clinica
<input type="checkbox"/> Assistenza ambulatoriale (anche Day Service)	(prego indicare)	(prego indicare)	Scheda ambulatoriale
<input type="checkbox"/> Accesso di Pronto Soccorso	Pronto Soccorso	(prego indicare)	Verbale di Pronto Soccorso
<input type="checkbox"/> Unità di Osservazione Breve Intensiva (OBI)	Unità di osservazione del Pronto Soccorso	(prego indicare)	Verbale di ricovero

DICHIARA

- avvalendosi della disposizione dell'art. 47 comma 3, Testo Unico sulla documentazione amministrativa (DPR n.445/00) barrando le caselle che interessano e consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 DPR n.445/00 in caso di dichiarazioni mendaci, di essere:
- il/la titolare della documentazione l'esercente la responsabilità genitoriale
- il tutore/la tutrice della persona suddetta
- l'amministratore di sostegno/l'amministratrice di sostegno della persona suddetta ed avendo la specifica competenza in relazione al decreto di nomina per la presentazione della domanda
- l'erede legittimo in qualità di
- il delegato/la delegata del/della titolare della documentazione (a questa richiesta deve essere inoltre allegata: la delega opportunamente sottoscritta dall'avente titolo ed una copia di un documento d'identità in corso di validità di quest'ultimo)

Altro (specificare)

Modalità di consegna della documentazione

- Si chiede che la copia sia indirizzata al seguente indirizzo:
- Si chiede che la copia sia indirizzata al seguente indirizzo di posta elettronica.....
- Il/la richiedente ritira la copia.
- È delegato per il ritiro:

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di aver preso conoscenza della specifica “Informativa sul trattamento dei dati personali finalizzato al rilascio di copia della documentazione clinica” esposta presso l'Ufficio accettante la richiesta, presente nel “Regolamento aziendale per l’accesso e la gestione delle cartelle cliniche e della documentazione sanitaria” e consultabile al link [Informativa sul trattamento dei dati personali finalizzato al rilascio di copia della documentazione clinica](#)

Luogo e data

Firma del/della richiedente

Allegato: copia di un documento d'identificazione in corso di validità del/della richiedente

Ritiro della documentazione

Il sottoscritto/La sottoscritta
nato/a a il
residente a
documento d'identificazione n. rilasciato da
il ha ritirato la documentazione in data

Firma del/della richiedente