

RICHIESTA CARTELLA CLINICA

Il/La sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____
residente a _____ via _____
tel./cell. _____ email _____

- ☐ INTERESSATO/A (INTESTATARIO/A della CARTELLA CLINICA)
- ☐ RICHIEDENTE (SE DIVERSO DALL'INTESTATARIO/A della CARTELLA CLINICA) IN QUALITA' DI:
 - ✓ delegato (allegare modulo delega e copia C.I. delegante)
 - ✓ genitore esercente la responsabilità genitoriale
 - ✓ tutore/curatore/ads (allegare copia decreto di nomina)
 - ✓ erede legittimo dell'interessato (allegare dichiarazione sostitutiva atto notorietà o altro doc.to idoneo)
 - ✓ CTU (allegare copia incarico/autorizzazione AG all'acquisizione doc.ne sanitaria)

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, in conformità alle disposizioni di legge e consapevole della responsabilità penale derivante da dichiarazioni mendaci ex DPR 445/2000, nonché in conformità al Codice Privacy D.lgs. 196/2003 al GDPR 2016/679 ed al D.lgs. 101/2018

DI RICHIEDERE

- ☐ estratto della cartella clinica
- ☐ copia della cartella clinica

relativa al sig./sig.ra _____
nato/a _____ il _____
ricoverato/a dal _____ al _____

Acconsente al trattamento di tutti i dati ivi contenuti, per le finalità connesse e strumentali rispetto al rilascio della cartella clinica.

DATA RICHIESTA

FIRMA RICHIEDENTE

DATA

Visto DS che AUTORIZZA

DATA RITIRO

FIRMA PER RICEVUTA

Le informazioni sono fornite entro un mese dalla richiesta e, ove possibile, con mezzi elettronici, salvo diversa indicazione dell'interessato. In alternativa, il ritiro potrà essere effettuato presso l'UARP a cura del richiedente o di suo delegato (in questo caso il delegato dovrà esibire C.I. e delega scritta).

Il primo rilascio della cartella clinica è gratuito. La richiesta di eventuali altre copie comporta un costo pari ad € 20,00 fino ad un massimo di 60 fogli; per ogni pagina ulteriore, dal 61 foglio in avanti: costo aggiuntivo di € 0,25 a pagina.