

MODULO DI RICHIESTA DOCUMENTI SANITARI/AMMINISTRATIVI

Io sottoscritto/a _____

Letta l'informativa di cui art. 13, Reg UE 2016/679 "Regolamento UE 2016/679"

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Prov. _____ Cap _____

in via _____ Nr. _____

IN QUALITA' DI

- ☐ DIRETTO INTERESSATO, SE MAGGIORENNE
- ☐ ESERCITANTE LA PATRIA POTESTA' NEI CONFRONTI DEL MINORE (1) _____
- ☐ ESERCITANTE LA RAPPRESENTANZA LEGALE NEI CONFRONTI DI (2) _____
- ☐ ESSENDO LEGITTIMO EREDE DI (3) _____

CONSAPEVOLE

- che la Cartella Clinica appartiene all'Azienda come bene patrimoniale indisponibile. E' un documento sanitario coperto dal segreto d'ufficio e dal segreto professionale e sottoposto alla normativa sulla tutela della riservatezza. (Reg UE 2016/679);
- che il trattamento dei dati personali è disciplinato dal (Reg UE 2016/679);
- che il rilascio della documentazione sanitaria è soggetto al pagamento delle spese di segreteria e fotocopie secondo quanto indicato nel Tariffario Generale Vitamedica;
- che, ai sensi dell'art. 4 comma 2, legge 24/2017 (Legge Gelli-Bianco), la cartella clinica deve essere rilasciata entro 7 giorni lavorativi dalla richiesta, con la possibilità di integrare eventuali documenti mancanti entro un massimo di 30 giorni.
- consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000

CHIEDE IL RILASCIO DI

- ☐ COPIA DEL REFERTO DELLA VISITA
- ☐ COPIA DEL CERTIFICATO MEDICO
- ☐ COPIA DEL REFERTO DELL'ESAME STRUMENTALE (specificare) _____
- ☐ COPIA DI ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (specificare) _____
- ☐ COPIA DELLA FATTURA (specificare) _____
- ☐ COPIA DEL CONSENSO INFORMATO SOTTOSCRITTO IN DATA (specificare) _____

relativa alla prestazione sanitaria _____ eseguita in

data _____ fruita dal paziente _____

nato/a a _____ il _____

PER LA SEGUENTE MOTIVAZIONE

- ☐ ASSICURATIVA;
- ☐ EREDITA';
- ☐ PENSIONISTICA;
- ☐ INVALIDITA';
- ☐ MEDICO;
- ☐ LEGALE;
- ☐ ALTRO (specificare) _____

NELLA SEGUENTE MODALITA'

- ☐ RITIRO PRESSO SEGRETERIA DEL POLIAMBULATORIO
nei seguenti orari: dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 12.00
- ☐ INVIO POSTALE ALL'INDIRIZZO _____
con aggravio delle relative spese postali
- ☐ INVIO MAIL ALL'INDIRIZZO PEC _____
- ☐ INVIO MAIL ALL'INDIRIZZO _____

Data _____

Firma _____

Documentazione richiesta da allegare per :

(1) esercitante la potestà nei confronti del minore:

- copia di un valido documento di identità;
- Stato di famiglia (anche autocertificato);

(2) esercitante la rappresentanza legale nei confronti di:

Nel caso di interdetto o inabilitato:

- copia di un valido documento di identità;
- copia della sentenza attestante il proprio stato di tutore o curatore, copia integrale dell'atto di nascita o copia del mandato o della procura

(3) essendo legittimo erede di:

- copia di un valido documento di identità;
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante la qualità di legittimo erede, la relazione di parentela esistente con il defunto, nonché l'indicazione dei dati anagrafici del defunto;

DELEGA

Io sottoscritto/a _____

DELEGO AL RITIRO DELLA SOPRA DESCRITTA DOCUMENTAZIONE

Il Sig./la Sig.ra _____

nato/a a _____ Il _____

residente a _____ Prov. _____ Cap _____

in via _____ Nr. _____

Documento identità (tipo) _____ N° _____

rilasciato da _____ il _____

ALLEGARE copia del documento della persona delegata

Data _____

Firma _____