

Richiesta copia cartella clinica / documentazione sanitaria ex art.15 RGPD

CON LA PRESENTE, IO SOTTOSCRITTO

Cognome e nome _____ Codice fiscale _____

Nato a _____ il ____ / ____ / _____

Residente/domicilio a _____ in via _____ N. _____ CAP _____

Documento d'identità: tipo _____ numero: _____ scadenza ____ / ____ / _____

Recapito (cellulare/ email) _____

IN QUALITÀ DI (barrare la voce interessata)

- Interessato (paziente) Genitore esercente la responsabilità genitoriale sul minore titolare dei dati sanitari*¹
 Delegato/avvocato*² Tutore legale del titolare dei dati sanitari*³ Erede del titolare dei dati sanitari*⁴

RICHIEDO COPIA DELLA CARTELLA CLINICA AUTENTICATA

Cognome e nome _____ Codice fiscale _____

Nato a _____ il ____ / ____ / _____

Residente/domicilio a _____ in via _____ N. _____ CAP _____

Documento d'identità: tipo _____ numero: _____ scadenza ____ / ____ / _____

Dei ricoveri svolti presso i Reparti:

_____ dal ____ / ____ / _____ al ____ / ____ / _____ Numero copie _____ CD indagini

_____ dal ____ / ____ / _____ al ____ / ____ / _____ Numero copie _____ CD indagini

_____ dal ____ / ____ / _____ al ____ / ____ / _____ Numero copie _____ CD indagini

RICHIEDO COPIA DEL REFERTO/ESAMI/ESTRATTO CARTELLA CLINICA

Cognome e nome _____ Codice fiscale _____

Nato a _____ il ____ / ____ / _____

Residente/domicilio a _____ in via _____ N. _____ CAP _____

Documento d'identità: tipo _____ numero: _____ scadenza ____ / ____ / _____

- Prestazione ambulatoriale** (indicare esame richiesto: ad esempio, elettrocardiogramma, esame di laboratorio, ecc.):

_____ eseguito il ____ / ____ / _____ Numero copie _____

_____ eseguito il ____ / ____ / _____ Numero copie _____

- In regime di ricovero nel Reparto di** _____ dal ____ / ____ / _____ al ____ / ____ / _____

indicare esame: _____ eseguito il ____ / ____ / _____ Numero copie _____ CD indagini

indicare esame: _____ eseguito il ____ / ____ / _____ Numero copie _____ CD indagini

Richiesta copia cartella clinica / documentazione sanitaria ex art.15 RGPD

MODALITÀ DI CONSEGNA (sbarrare la voce desiderata)

- a me stesso
- a mano con ritiro di persona allo sportello, **presentandomi con documento di identità in corso di validità**
 - tramite raccomandata andata e ritorno con contrassegno all'indirizzo del richiedente, **con spese di spedizione a carico del destinatario**
 - tramite raccomandata andata e ritorno con contrassegno, **con spese di spedizione a carico del destinatario**, all'indirizzo:
Cognome e nome _____
via _____ n. _____
Comune _____ Provincia (_____) CAP _____
- al mio delegato, con ritiro a mano, che si presenterà agli sportelli dedicati munito di:
- ✓ **copia della presente richiesta;**
 - ✓ **modulo di delega;**
 - ✓ **un documento di identità valido del delegato;**
 - ✓ **copia di un documento di identità valido del paziente/richiedente.**

INFORMATIVA E FIRMA

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che i dati forniti nel presente modulo saranno trattati dal Titolare ai soli fini della gestione della presente istanza, ai sensi dell'art. 6, par. 1, lett. c), RGPD, e di aver preso visione dell'informativa privacy della Casa di Cura.

San Donà di Piave, ____ / ____ / _____

Firma del richiedente _____

ALLEGATI DA INVIARE PER IL COMPLETAMENTO DELLA RICHIESTA:

- Presente modulo di richiesta debitamente compilato e firmato
- Documento di identità in corso di validità del paziente titolare dei dati sanitari
- Documento di identità in corso di validità del richiedente (qualora diverso dal titolare dei dati sanitari)
- *¹ Dichiarazione sostitutiva in caso di genitore esercente la responsabilità genitoriale
- *² Modulo di procura
- *³ Dichiarazione sostitutiva e atto di nomina in caso di tutore legale
- *⁴ Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà in caso di erede legittimo e atto di morte
- Ricevuta pagamento (quando prevista)