

RICHIESTA di COPIA di DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Alla Direzione Sanitaria della Clinica Sedes Sapientiae

Il/La sottoscritto/a:

Nome _____ Cognome _____ Nato a _____
Prov. _____ il _____ Documento di identità _____ n° _____
Rilasciato da _____ Telefono _____

Consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del d.p.r. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA DI ESSERE

- Intestatario/a della documentazione sanitaria (allegare copia del documento di identità)
- Genitore esercente la patria potestà (allegare copia del documento di identità e atto notorio MO.DS04.13)
- Tutore/Curatore/amministratore di sostegno (allegare copia della sentenza attestante lo stato di tutore e copia del documento di identità)
- Erede legittimo (allegare copia del documento di identità e atto notorio MO.DS04.13)

Dell'intestatario/a della documentazione sanitaria di seguito indicato (solo se soggetto diverso dal richiedente):

Nome _____ Cognome _____
Nato a _____ Prov. _____ il _____

CHIEDE

- n° _____ copie della cartella clinica/cartella ambulatoriale relativa al periodo di ricovero dal _____
al _____ (la cartella è comprensiva di eventuali referti istologici);
- n° _____ copie delle seguenti radiografie: _____
_____ (specificare sito)

PROVVEDERÀ AL RITIRO CON LE SEGUENTI MODALITÀ:

- Provvederà personalmente al ritiro della documentazione richiesta.
- Nell'impossibilità di potervi provvedere personalmente:
 - delega al ritiro della documentazione il Sig./Sig.ra _____ che dovrà esibire il proprio documento di identità.
 - chiede che la documentazione venga spedita tramite posta raccomandata all'indirizzo presente in cartella clinica o al seguente indirizzo: _____
_____ dichiarando altresì di esonerare la Clinica Sedes Sapientiae da ogni responsabilità nel caso di smarrimento, ritardo, mancata ricezione, eventuali violazioni delle norme sulla privacy e/o altra circostanza, alla stessa non imputabile, causata dall'invio tramite posta del referto richiesto.
- Tramite indirizzo pec di seguito riportato: _____
- Tramite indirizzo mail di seguito riportato: _____
con sistema criptato (inserire numero di telefono: _____)

Il sottoscritto, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 - Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati, acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge. Per tutte le informazioni sul trattamento dei dati del genitore, tutore/Curatore/amministratore di sostegno, erede legittimo, si invita a leggere l'informativa ex art 13 del Regolamento UE n. 2016/679

Data _____ Firma _____



Di norma la copia della documentazione sanitaria è pronta in circa 10 giorni dalla domanda. In taluni casi, per consentire le prassi di chiusura della cartella clinica o ambulatoriale da parte del personale di reparto, potrebbe intercorrere un tempo maggiore. La Clinica contatterà telefonicamente l'interessato al numero telefonico indicato non appena la copia sarà pronta.

In data odierna:

- il Sig./Sig.ra _____ ha ritirato la documentazione.
- la documentazione richiesta è stata spedita.

Data _____ Firma dell'addetto _____ Firma di chi ritira _____