

NOTA BENE. MODULO DA UTILIZZARE PER LA SOLA SEDE DI ROMA

Auxologico

CDC_MOD_rcc

DS/ds

Rev. 01: 23.01.2023

RICHIESTA DI COPIA CONFORME DELLA CARTELLA CLINICA E/O DI ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE CLINICA – MODULO 1

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME E NOME _____

NATO/A IL _____ A _____ PROV. _____ STATO DI NASCITA _____

RESIDENTE A _____ CAP _____

PROV. _____ IN VIA/PIAZZA _____ N. _____

RECAPITO/I TELEFONICO/I _____

POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC) _____

INTESTATARIO della documentazione sanitaria richiesta (titolare)

ALTRO AVENTE DIRITTO: in tal caso compilare anche il modulo 2 (dichiarazione sostitutiva di certificazione)
CHIEDE IL RILASCIO DI

COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE DELLA CARTELLA CLINICA (COSTI PER IL RILASCIO € 20/COPIA, IVA ESENTE)

COPIA ESAME RADIOGRAFICO DEL: _____ (COSTI PER IL RILASCIO: € 18,18 + 10% IVA)
INTESTATI AL PAZIENTE (COMPILARE SOLO SE TRATTASI DI PERSONA DIVERSA DALL'INTESTARIO)

COGNOME E NOME _____

NATO/A IL _____ A _____ PROV. _____ STATO DI NASCITA _____

RESIDENTE A _____ CAP _____

PROV. _____ IN VIA/PIAZZA _____ N. _____

REPARTO/SERVIZIO	PERIODO DI RICOVERO	N° COPIE	NON COMPILARE
			N./SDO _____
			N./SDO _____
			N./SDO _____

Letto, confermato e sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritieri e mendaci negli atti, di cui all'art.76 del DPR n. 445 del 28.12.2000 e ss. mm. e ii., e dichiarando altresì di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016, che i dati personali, di cui se ne autorizza il trattamento, saranno trattati in conformità alla succitata normativa, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della presente richiesta e che si potranno reperire ulteriori informazioni sulle modalità di utilizzo degli stessi presentando apposita richiesta all'Ufficio Relazioni con il Pubblico della Casa di Cura "Auxologico Roma - Buon Pastore". Il richiedente accetta ed è stato debitamente informato anche sul fatto che, qualora la documentazione non venisse ritirata entro sei mesi (centottanta giorni), la stessa sarà distrutta, senza preavviso alcuno, nel rispetto della normativa vigente. In questo caso l'avente diritto dovrà presentare una nuova richiesta.

Roma, lì _____ n° documento identità del richiedente _____



Firma leggibile del richiedente per esteso _____

MODALITÀ DI ACQUISIZIONE

PROCEDURA ORDINARIA ENTRO I TERMINI PREVISTI DALLA LEGGE (LEGGE N. 241/90 E SS. MM. E II.): RITIRO IN SEDE
(MARTEDÌ, GIOVEDÌ E SABATO DALLE ORE 10:00 ALLE ORE 11:30; MARTEDÌ E GIOVEDÌ: DALLE ORE 14:00 ALLE ORE 15:30 – CENTRALINO 06.6152.1965)

SPEDIZIONE IN CONTRASSEGNO ALLA TARIFFA POSTALE VIGENTE ALL'INDIRIZZO SOPRA INDICATO OPPURE:

COMUNE _____ CAP _____

PROV. _____ IN VIA/PIAZZA _____ N. _____

PER MEZZO PEC AL SEGUENTE INDIRIZZO* _____ @ _____

*RICONDUCIBILE AL TITOLARE O ALL'AVENTE DIRITTO

Roma, Lì _____

Per ricevuta (firma leggibile del richiedente) _____

Visto (firma leggibile dell'incaricato) _____

Rilasciare copia al richiedente

RICHIESTA DI COPIA CONFORME DELLA CARTELLA CLINICA
E/O DI ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE – MODULO 2**

AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DELL'ART. 46 DEL DPR N. 445 DEL 28.12.2000

(DA COMPILARE SOLO SE LA CARTELLA CLINICA SI RIFERISCE A PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A (COGNOME NOME) _____

N. DOC. IDENTITÀ _____ RILASCIATO DA _____ IL _____

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI NEL CASO DI DICHIARAZIONI NON VERITIERE E FALSITÀ NEGLI ATTI DI CUI ALL'ART. 76 DEL DPR N. 445 DEL 28.12.2000 E SS. MM. E II.

DICHIARA DI RICHIEDERE LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DI CUI AL MODULO 1 E DI ESSERE:

- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO DELL'INTESTATARIO/A DELLA CARTELLA CLINICA
- LEGITTIMO EREDE DELL'INTESTATARIO/A DELLA CARTELLA CLINICA
- CONIUGE E DICHIARA, INOLTRE, CHE L'INTESTATARIO DELLA CARTELLA CLINICA È TEMPORANEAMENTE IMPEDITO ALLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE RICHIESTA PER RAGIONI CONNESSE ALLO STATO DI SALUTE
- FIGLIO/A (SOLO IN ASSENZA DEL CONIUGE) E DICHIARA, INOLTRE, CHE L'INTESTATARIO DELLA CARTELLA CLINICA È TEMPORANEAMENTE IMPEDITO ALLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE RICHIESTA PER RAGIONI CONNESSE ALLO STATO DI SALUTE
- ALTRO PARENTE IN LINEA RETTA O COLLATERALE FINO AL TERZO GRADO (SOLO IN ASSENZA DEL CONIUGE E DEL FIGLIO DELL'INTESTATARIO) E DICHIARA, INOLTRE, CHE L'INTESTATARIO DELLA CARTELLA CLINICA È TEMPORANEAMENTE IMPEDITO ALLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE RICHIESTA PER RAGIONI CONNESSE ALLO STATO DI SALUTE
- ESERCENTE LA POTESTÀ GENITORIALE DELL'INTESTATARIO/A DELLA CARTELLA CLINICA
- TUTORE DELL'INTERDETTO/A INTESTATARIO/A DELLA CARTELLA CLINICA
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO SE ESPRESSAMENTE ABILITATO DAL DECRETO DI NOMINA
- TUTORE DEL MINORE INTESTATARIO/A DELLA CARTELLA CLINICA
- NELLO STATO DI NECESSITÀ E DI URGENZA SANITARIA
- ALTRO (SPECIFICARE) _____

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato informato/a che, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. n. 196 del 30.06.2003 e ss. mm. e ii. e del Regolamento UE n. 679/2016 che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della presente richiesta e acconsente, pertanto, che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

ROMA, lì _____ n° documento identità del richiedente _____



Firma leggibile del richiedente per esteso _____

LA CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA DI CUI AL MODULO 1 POTRÀ ESSERE RITIRATA DALLA PERSONA DELEGATA ESCLUSIVAMENTE IN CASO DI:

1. CORRETTA COMPILAZIONE DEL PRESENTE MODULO 2 DA PARTE DEL DELEGATO COMPRENSIVO DI DELEGA SCRITTA DEL DELEGANTE RIPORTATA IN CALCE ALLA PRESENTE.
2. COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL DELEGATO
3. COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL DELEGANTE.

DELEGA AL RITIRO

IO SOTTOSCRITTO/A _____ DELEGO IL/LA

SIG./SIG.^{RA} _____ N° DOCUMENTO _____

A RITIRARE IN PROPRIA VECE LA DOCUMENTAZIONE DI CUI AL PRESENTE MODULO DI RICHIESTA (NEI CASI PREVISTI).

 FIRMA LEGGIBILE DEL DELEGANTE (INTESTATARIO) _____ FIRMA LEGGIBILE DEL DELEGATO _____

LUOGO E DATA _____

RITIRATO IN DATA

--	--	--	--	--	--	--

L'INCARICATO _____