



MODULO1

All'Azienda Usl di Reggio Emilia-IRCCS
SEDE

OGGETTO: Richiesta copia cartella clinica/altra documentazione sanitaria

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ cap _____ Via _____ n. _____

recapito telefonico _____ e-mail/PEC _____

consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 DPR n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci

In qualità di

- diretto interessato
- delegato
- genitore esercente la responsabilità genitoriale del minore di seguito identificato (*)
- erede legittimo, legittimario o testamentario del soggetto di seguito identificato (*) deceduto/a il _____ che ha lasciato oltre il sottoscritto, i seguenti altri eredi legittimi (indicare nome e cognome e data di nascita):

- altro legittimato _____ (specificare se tutore, curatore, legale, perito, ecc.... e allegare documento attestante, ai sensi di legge, la legittimazione alla presente richiesta)

CHIEDE

Il rilascio di copia della cartella clinica/altra documentazione sanitaria

- del documento disponibile al momento della domanda
- del documento completo (consegnabile solo a chiusura del ricovero, degli eventuali controlli post-ricovero e di eventuali altri referti pervenuti successivamente alla dimissione)

Copia semplice/Copia conforme

- Copia Semplice
- Copia Conforme

Tipologia documentazione

(*) **Cognome e nome paziente** _____

Nato/a il _____ **a** _____

- cartella clinica:** relativa al seguente ricovero presso l'ospedale di: _____

data: _____ reparto: _____

data: _____ reparto: _____

- documentazione di pronto soccorso**: data _____
- documentazione ambulatoriale**: data: _____ reparto: _____
data: _____ reparto: _____
- copie su CD di documentazione radiografica**: data: _____ tipologia esame _____
data: _____ tipologia esame _____

Scelgo di

- ritirare la copia allo sportello personalmente o tramite persona delegata (compilare riquadro delega)
- ricevere la copia per posta, con spese a mio carico, all'indirizzo :
via _____ comune _____ CAP _____ Prov _____
- la consegna tramite PEC della cartella clinica all'indirizzo : _____
- SPID (Sistema Identità Digitale)

Si prende atto che in caso di mancato pagamento e/o mancato ritiro della copia della cartella clinica richiesta, verranno addebitati a carico del richiedente i relativi costi di riproduzione e spedizione della documentazione stessa.

Dichiara, infine, di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI DELEGA:

io sottoscritto (c.d.**delegante**) _____

nato/a il _____ a _____

identificato dal documento che allego in copia

DELEGO

il/la sig./ra (c.d.**delegato**) _____

nato/a il _____ a _____

identificato dal documento che allego in copia

- alla presentazione della presente istanza e/o al ritiro della documentazione richiesta

Firma del delegante _____

Data _____

Firma del dichiarante _____

Data ritiro _____

Firma di chi ritira _____

ALLEGA

- copia del documento di identità del soggetto dichiarante
- copia del documento di identità del soggetto delegato (in caso di delega)