



**MODULO**  
**Richiesta copia cartella clinica o altra documentazione sanitaria**

Allegato al Regolamento aziendale per l'accesso alla documentazione sanitaria, Delibera n. 375 del 04/12/2024

**MR**  
**Rev. 02 del**  
**24/02/2025**  
**Pag. 1/2**

Alla DIREZIONE \_\_\_\_\_

(indicare la struttura sanitaria titolare del documento)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

in Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ Pec \_\_\_\_\_

documento d'identità n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia; consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione e consapevole altresì che ove i suddetti reati siano commessi per ottenere la nomina a un pubblico ufficio, possono comportare, nei casi più gravi, l'interdizione temporanea dai pubblici uffici, sotto la propria responsabilità

**IN QUALITA' DI**

- a) intestatario maggiorenne della cartella clinica o di altra documentazione sanitaria
- b) minore emancipato intestatario della cartella clinica o di altra documentazione sanitaria (vedi pag. 2 Allegati punto 3)
- c) genitore esercente la responsabilità genitoriale nei confronti del minore
- d) affidatario del minore      e) tutore      f) curatore      g) amministratore di sostegno (vedi pag. 2 Allegati punto 4)
- h) erede legittimo      i) erede testamentario      l) convivente del defunto (vedi pag. 2 Allegati punto 5)
- m) soggetto portatore di interesse meritevole di tutela nel caso di defunto (vedi pag. 2 Allegati punto 5)
- n) persona in unione civile del defunto (vedi pag. 2 Allegati punto 5)
- o) legale rappresentante (vedi pag. 2 Allegati punto 6)
- p) coniuge o figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, dell'intestatario della cartella clinica o di altra documentazione sanitaria, il quale si trova in una **situazione di impedimento temporaneo alla sottoscrizione ed alla dichiarazione, per ragioni connesse allo stato di salute** (ex art. 4, comma 2 D.P.R. 445/2000)  
motivazione: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- q) delegato
- r) altro / (indicare la motivazione) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**COPIA DELLA CARTELLA CLINICA** del/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ inerente al ricovero avvenuto presso l'Unità Operativa di:

\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

**MODULO**

**Richiesta copia cartella clinica o altra documentazione sanitaria**

Allegato al Regolamento aziendale per l'accesso alla documentazione sanitaria, Delibera n. 375 del 04/12/2024

**MR**  
**Rev. 02 del**  
**24/02/2025**  
**Pag. 2/2**

**ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA** (specificare) \_\_\_\_\_

in formato cartaceo  in formato elettronico (chiavetta USB rilasciata dall'Azienda)

**CHIEDE LA SPEDIZIONE** all'indirizzo di seguito indicato previo pagamento delle spese di riproduzione e delle spese postali

al/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ presso il seguente indirizzo

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

**DELEGA al ritiro (ad esclusione del caso di presentazione di istanza da parte di soggetto delegato)**

il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**PROVEDERA' PERSONALMENTE AL RITIRO**

*I dati saranno trattati dall'Azienda, anche con strumenti informatici, per gli adempimenti previsti da Leggi e Regolamenti. Il/la sottoscritto/a ne autorizza il trattamento, compreso quello dei dati sensibili, nel rispetto del Decreto Legislativo 30.06.2003 n. 196 e s.m.i. e del Regolamento Europeo n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali.*

Data di presentazione della richiesta

Firma leggibile dell'interessato/delegante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma leggibile del delegato

\_\_\_\_\_

**ALLEGATI:**

- 1 - Fotocopia fronte-retro del documento di riconoscimento (in corso di validità) del richiedente ove previsto
- 2 - Fotocopia fronte-retro del documento di riconoscimento (in corso di validità) del delegante/delegato
- 3 - Copia del provvedimento di emancipazione del Giudice Tutelare
- 4 - Copia del Provvedimento di nomina per i casi d); e); f); g)
- 5 - Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà per i casi h); i); l), m) n))
- 6 - Mandato o procura per il caso o)

Consegnata il \_\_\_\_\_ Pagamento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Firma per ricevuta \_\_\_\_\_

Spedita il \_\_\_\_\_ Firma leggibile dell'Operatore \_\_\_\_\_

Note per l'Operatore

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_