

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 QUALITÀ 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

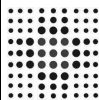
COPIA DELLA CARTELLA CLINICA del/la Sig./Sig.ra _____

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

