



MODULO RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

DATI DELL'INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (da compilare obbligatoriamente)

Il sottoscritto, Cognome _____ Nome _____ CF _____
nato/a a _____ (____) il ____/____/____
e residente a _____ (____) in Via _____
C.A.P. _____ Cellulare* _____ email* _____

Identificazione a cura dell'ufficio preposto:

Estremi del documento _____ Rilasciato dal _____ il ____/____/____

DATI DEL RICHIEDENTE (non compilare se il richiedente coincide con l'intestatario della documentazione)

Il sottoscritto, Cognome _____ Nome _____ CF _____
nato/a a _____ (____) il ____/____/____
e residente a _____ (____) in Via _____
C.A.P. _____ Cellulare _____ email _____

Identificazione a cura dell'ufficio preposto:

Estremi del documento _____ Rilasciato dal _____ il ____/____/____ in
qualità di:

- Delegato dell'intestatario Erede dell'intestatario
 Esercente la responsabilità genitoriale sull'intestatario Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno
dell'intestatario

IMPORTANTE: in caso di richiedente non coincidente con l'intestatario della documentazione, **allegare:**

- delega dell'intestatario (**modulo A**);
- ove l'intestatario sia un minore, autocertificazione attestante l'esercizio della responsabilità genitoriale (**modulo B**);
- ove l'intestatario sia deceduto, autocertificazione attestante la qualità di erede (**modulo C**);
- ove il richiedente sia Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno dell'intestatario, copia del provvedimento attestante la titolarità del richiedente.

Richiede il rilascio di cartella clinica/documentazione sanitaria in copia cartacea:

Ricovero dal _____ al _____ Reparto servizio _____ PS

NOTE _____

Autorizza la spedizione al seguente indirizzo:

DESTINATARIO _____ VIA _____ CIVICO _____
CAP _____ COMUNE _____ PROVINCIA _____

*L'indicazione dell'indirizzo email e del numero di cellulare è obbligatoria per le comunicazioni relative alla pratica.

1. Io sottoscritto dichiaro di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

2. Io sottoscritto dichiaro consapevolmente di accettare che il recapito della suddetta documentazione sanitaria avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dalla raccomandata postale, che prevede la consegna della posta anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc), sollevando pertanto l'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni da ogni responsabilità legata allo smarrimento o alla visione della corrispondenza da parte di terzi non autorizzati.

LUOGO, DATA

FIRMA LEGGIBILE (ANCHE PER ATTESTAZIONE DEI PUNTI 1 E 2)