



## 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)