



MODULO RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

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

Il sottoscritto _____ CF _____
(cognome e nome)
nato/a a _____ () il ___/___/___
e residente a _____ () in Via _____
C.A.P. _____ Cellulare* _____ email* _____

Identificazione a cura dell'ufficio preposto:

Estremi del documento _____ Rilasciato da _____ il ___/___/___

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

Il sottoscritto _____ CF _____
(cognome e nome)
nato/a a _____ () il ___/___/___
e residente a _____ () in Via _____
C.A.P. _____ Cellulare _____ email _____

Identificazione a cura dell'ufficio preposto:

Estremi del documento _____ Rilasciato da _____ il ___/___/___ in qualità di:

- Delegato dell'intestatario Erede dell'intestatario
 Esercente la responsabilità genitoriale sull'intestatario Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno 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 (**mod. B**);
- ove l'intestatario sia deceduto, autocertificazione attestante la qualità di erede (**mod. 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 N. ___/___/___ del ___/___/___ Reparto/Servizio _____ PS

Trasferito in _____ NOTE _____

Autorizza la spedizione al seguente indirizzo: A/R Pago PA contrassegno ritiro CUP

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- dichiara 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- dichiara 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.

L'Azienda Ospedaliera S. Maria di Terni garantisce che il trattamento dei Suoi dati avviene nel rispetto del D.Lgs. 196/2003, del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 101/2018. La invitiamo a consultare l'informativa al link: <https://www.aospterni.it/azienda/privacy/>

LUOGO, DATA

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