



## MODULO RICHIESTA INVIO POSTALE COPIA CARTELLA CLINICA

<b>SEZIONE DA COMPILARE A CURA DEL RICHIEDENTE</b>
--

Io sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_  
 e-mail \_\_\_\_\_ Tipo e n. di Documento \_\_\_\_\_

In qualità di

- Intestatario della documentazione
- Delegato
- Genitore esercente la potestà
- Tutore
- Amministratore sostegno
- Erede
- Iscritto nel registro delle unioni civili e convivente
- Altro (specificare \_\_\_\_\_)

**Chiedo il rilascio della copia della cartella clinica riferita al/alla Sig./Sig.ra**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

ricoverato/a presso

il reparto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

il reparto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Richiedo n. \_\_\_\_\_ copia/e conforme/i della documentazione.**

**Richiedo che la consegna avvenga:**

A mezzo **posta raccomandata**, presso il seguente indirizzo:

Destinatario (cognome e nome) \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dichiara consapevole di accettare che il recapito della suddetta documentazione sanitaria avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale, che prevede la consegna della **Posta Raccomandata** anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc.).

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma dell'Utente per accettazione

N.B. E' sempre necessario presentare al momento della richiesta per l'invio postale la delega e la fotocopia del documento di identità del delegato e del delegante, o la documentazione/autocertificazione attestante la titolarità ad effettuare il ritiro.

**Privacy**

I dati personali conferiti saranno trattati nel rispetto del dlgs 196/03 e smi, esclusivamente per fini amministrativi .

data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma dell'Utente (per presa visione informativa)

**SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO RICOVERI**

Data prevista per la consegna della copia della cartella clinica: \_\_\_\_\_