

RICHIESTA DI COPIA DI CARTELLA CLINICA (FAX N. 0521-657180)

Alla Direzione Sanitaria
Ospedale Privato Accreditato " Maria Luigia"

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____
il ___/___/___ residente a _____ in via _____ telefono _____

Nella Sua qualità di:

- Diretto interessato (titolare della cartella clinica)
- Esercente la potestà genitoriale (+ dichiarazione sostitutiva di certificazione)
- Legale rappresentante, tutore, curatore, amministratore di sostegno (+ copia provvedimento)
- Legittimo erede (+ dichiarazione sostitutiva di atto notorietà, autenticata in Comune)
- Persona fornita di delega scritta del paziente con fotocopia di documento valido del titolare (ivi compreso il Medico curante)
- Autorità Giudiziaria
- Ente previdenziale (INAIL, INPS etc.)
- Servizio Sanitario Nazionale

Richiede

- Riproduzione di cartella clinica **COMPLETA**
- Riproduzione di **ESTRATTO** in copia conforme - non verranno fotocopiati a)moduli di consenso-dissenso b)esami ematochimici e strumentali c)tracciati Ecg (solo referto) d) schede protezioni e)proroghe f) psicodiagnostica (solo referti)
- della propria cartella clinica
- della cartella clinica del/la Sig./Sig.ra _____

Per il seguente uso : _____

- Chiede ed autorizza fin da ora la spedizione per posta raccomandata della fotocopia della Cartella Clinica al seguente indirizzo: _____
- Chiede di ritirarla personalmente, o tramite persona terza, munita di documento d'identità valido e di delega del titolare.

Il sottoscritto è **consapevole delle sanzioni penali ed amministrative** previste dall'art.76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445 in caso di dichiarazioni false, falsità degli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità. Il sottoscritto dichiara di rendere i dati sotto la propria responsabilità ed è consapevole che l'Amministrazione procederà ai controlli previsti dall'art.71 del succitato D.P.R.

Il sottoscritto dichiara di essere stato **informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs. n. 196/2003**, che i dati personali contenuti nel presente modulo sono raccolti, anche con strumenti informatici, e conservati presso gli archivi cartacei e informatici di Maria Luigia SpA, secondo le disposizioni previste dal D. lgs. 30/06/2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), da personale incaricato, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Il titolare del trattamento è l'Ospedale Privato Accreditato "Maria Luigia SpA". L'interessato potrà esercitare i diritti di cui all'art.7 e ss. del D.lgs. 196/2003.

Il sottoscritto, inoltre, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, che regola il trattamento dei dati personali, **dichiara consapevolmente di accettare che il recapito della suddetta cartella clinica avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale che prevede la consegna anche a persona diversa dal destinatario presente al domicilio (es: familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc.)**

In fede

Il/la sottoscritto/a _____

Riquadro da compilarsi a cura degli operatori dell'ufficio

Documento di identità:

- carta di identità n° _____
- patente n° _____

- Da pagare
- Pagato

- N° cartella _____
- Dimissione _____
- Un ricovero _____
- Più ricoveri _____

LA DIREZIONE SANITARIA

- AUTORIZZA**
- NON AUTORIZZA**

FIRMA _____