

### SEZIONE PER RICHIESTA:

IO

SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

IN QUALITA' DI INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RICOVERATO NEL PERIODO \_\_\_\_\_

PRESSO IL REPARTO DI \_\_\_\_\_

#### CHIEDO

IL RILASCIO DI COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE SANITARIA:

CARTELLA CLINICA

CD

LASTRE } PER INDAGINE DI: \_\_\_\_\_

AUTORIZZO LA SPEDIZIONE AL SEGUENTE INDIRIZZO:

FIRMA RICHIEDENTE \_\_\_\_\_ (esibire documento d'identita')

FIRMA OPERATORE CUP \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

#### (DA COMPILARE SE IL RICHIEDENTE E' PERSONA DIVERSA DALL'INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA)

NOME COGNOME RICHIEDENTE \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_

IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_

consapevole che ai sensi del D.P.R.445/2000, in caso di false dichiarazioni accertate dall'amministrazione procedente, verranno applicate le sanzioni penali previste e che i cittadini extracomunitari possono dichiarare solo fatti, stati e qualità certificabili ovvero attestabili da parte di soggetti pubblici italiani, ed a conoscenza che il trattamento dei dati personali e' disciplinato dal D.lgs. 193/2003 e s.m.i.

#### DICHIARA DI ESSERE

DELEGATO (allegare sezione delega compilata e copia del documento del delegante)

EREDE LEGITTIMO DEL SIG. / SIG.RA \_\_\_\_\_

GENITORE ESERCENTE LA POTESTA' GENITORIALE

TUTORE (allegare copia dell'atto di nomina)

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (allegare copia del decreto di nomina del Giudice Tutelare)

PERITO D'UFFICIO (allegare copia di conferimento dell'incarico ed autorizzazione all'acquisizione di documentazione sanitaria da parte del Giudice)

- esprimo a codesta azienda il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili nel rispetto della normativa vigente (D.lgs. 193/2003 e s.m.i.)

**CHIEDE** IL RILASCIO DI COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE SANITARIA:

CARTELLA CLINICA

CD

LASTRE } PER INDAGINE DI: \_\_\_\_\_

FIRMA DELEGANTE \_\_\_\_\_ (allegare copia documento d'identita')

FIRMA DELEGATO \_\_\_\_\_ (esibire documento d'identita')

FIRMA OPERATORE CUP \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

- il sottoscritto viene informato che ai sensi dell'art 26 della legge 4 gennaio 1968, n.15, le dichiarazioni mendaci, le falsità degli atti, nei casi previsti dalla legge sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

## **SEZIONE PER DELEGA:**

(DA COMPILARE SOLO NEL CASO IN CUI LA RICHIESTA E/O IL RITIRO NON VENGA EFFETTUATO  
DELL'INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA)

IO

SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

RICOVERATO NEL PERIODO \_\_\_\_\_

PRESSO IL REPARTO DI \_\_\_\_\_

IN QUALITA' DI INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

(CARTELLA CLINICA - IMMAGNI DI DIAGNOSTICA - REFERTO ESAME ISTOLOGICO)

### **DELEGO**

- ALLA RICHIESTA
- AL RITIRO

IL SIG. \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

FIRMA DELEGANTE \_\_\_\_\_ (allegare copia documento d'identita')

FIRMA DELEGATO \_\_\_\_\_ (esibire documento d'identita')

DATA \_\_\_\_\_

- Il sottoscritto è a conoscenza che il trattamento dei dati personali è disciplinato ai sensi del D.lgs.196/2003 e s.m.i.