

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.