

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ e
residente in Via/Piazza _____ Città _____
Provincia _____

Telefono/Cellulare _____,

IN QUALITÀ DI

- ☐ INTESTATARIO maggiorenne della cartella clinica (vedi nota 1.),
☐ DELEGATO (vedi nota 2.)
☐ TUTORE/CURATORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (vedi nota 3.)
☐ EREDE (vedi nota 4.)

CHIEDE

il rilascio in formato cartaceo di copia della cartella clinica del/la Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____
il _____

☐ in vita ☐ deceduto a _____ il _____, relativa al
ricovero nella U.O. _____ di Villa Salus dal
_____ al _____.

DICHIARA

- ☐ che provvederà personalmente al ritiro presso il Front Office/Ufficio Ricoveri di Villa Salus
☐ di volere la spedizione all'indirizzo qui di seguito indicato:

Cognome _____ Nome _____

Via/Piazza _____ Città _____

Provincia _____ CAP _____.

☐ di delegare al ritiro il Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____
il _____.

SOTTO LA SUA RESPONSABILITÀ DICHIARA ALTRESÌ

- di essere informato che, ai sensi di quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR), i suoi dati verranno trattati da Villa Salus, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa,
- di autorizzare il trattamento dei suoi dati, compreso quello dei dati sensibili,
- di essere consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni previste dal c.p. e dalle Leggi speciali in materia,

NOTE:

- ☐ 1. nel caso in cui la copia della cartella clinica venga richiesta personalmente dall'intestatario: fotocopia fronte-retro del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente,
☐ 2. nel caso in cui l'intestatario abbia delegato terzi alla richiesta/ritiro copia della cartella clinica: fotocopia fronte-retro del documento di riconoscimento in corso di validità del delegante e del delegato nonché delega scritta alla richiesta/ritiro di copia della cartella clinica;
☐ 3. copia del provvedimento di nomina di tutore/curatore/amministratore di sostegno;
☐ 4. nel caso in cui la richiesta di copia della cartella clinica venga fatta dall'erede dell'intestatario: dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà.

Data di presentazione della richiesta _____

Firma leggibile e per esteso del richiedente/dichiarante _____

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____

IN QUALITÀ DI

- ☐ INTESATARIO maggiorenne della cartella clinica
☐ DELEGATO
☐ TUTORE/CURATORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
☐ EREDE

DICHIARA

di avere ritirato la copia della cartella clinica richiesta in data _____
relativa al/alla Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ il _____.

Data del ritiro _____

Firma leggibile e per esteso di chi ritira _____

Firma leggibile e per esteso dell'operatore addetto alla copia/consegna della cartella clinica _____

NOTA BENE: PER IL RITIRO DELLA COPIA DELLA CARTELLA PRESSO IL FRONT OFFICE/UFFICIO RICOVERI DI VILLA SALUS È NECESSARIO PRESENTARSI CON UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITÀ.