

## RICHIESTA di COPIA di DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Alla Direzione Sanitaria di Humanitas Gradenigo

**Il sottoscritto:**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_  
 Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Documento di identità \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
 Rilasciato da \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**Consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del d.p.r. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci**

**DICHIARA DI ESSERE**

- Intestatario della documentazione sanitaria allegare copia del documento d'identità** (per richieste inoltrate via e-mail, scrivere al seguente indirizzo: [prenotazioni@gradenigo.it](mailto:prenotazioni@gradenigo.it))
- Genitore esercente la patria potestà (allegare copia del documento di identità e atto notorio (MO.DS04.50))**
- Tutore/Curatore/amministratore di sostegno (allegare copia della sentenza attestante lo stato di tutore e copia del documento di identità)**
- Erede legittimo (allegare copia del documento di identità e atto notorio (MO.DS04.50))**

Dell'intestatario della documentazione sanitaria di seguito indicato (solo se soggetto diverso dal richiedente):

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
 Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- n° \_\_\_\_\_ copie della cartella clinica/cartella di chirurgia ambulatoriale relativa al periodo di permanenza dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Referto prestazione ambulatoriale di \_\_\_\_\_, del \_\_\_\_\_
- Verbale PS del \_\_\_\_\_

**MODALITÀ DI RITIRO:**

<input type="checkbox"/> <b>Personalmente al ritiro</b>	Per ricevere l'avviso di ritiro della documentazione clinica richiesta, È <b>INDISPENSABILE</b> indicare qui di seguito il numero di Cellulare: _____
<input type="checkbox"/> <b>SPEDIZIONE</b>	Per la spedizione tramite posta raccomandata, indicare di seguito l'indirizzo di destinazione: _____ _____  Per ricevere l'avviso di spedizione della documentazione clinica richiesta, È <b>INDISPENSABILE</b> indicare qui di seguito il numero di Cellulare: _____
<input type="checkbox"/> <b>"DELEGA AL RITIRO"</b>	Compilare il modulo di delega al ritiro nella sottostante sezione  Per ricevere l'avviso di ritiro della documentazione clinica richiesta, È <b>INDISPENSABILE</b> indicare qui di seguito il numero di Cellulare: _____

Il sottoscritto, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 - Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati, acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## **DELEGA AL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Si ricorda che la documentazione sanitaria richiesta, in assenza di compilazione del presente modulo di delega al ritiro, non sarà consegnato se non all'interessato.

Per il ritiro della documentazione sanitaria richiesta è indispensabile **presentarsi muniti di copia del documento di identità in corso di validità del delegato e del delegante.**

Per tutte le informazioni sul trattamento dei dati del delegato, si invita a leggere l'informativa ex art 13 del Regolamento UE n. 2016/679, consultabile sulla pagina internet: [https://www.gradenigo.it/media/2021/04/INF.DG\\_.06-Informativa-trattamento-dati-personali-del-delegato-GRA.pdf](https://www.gradenigo.it/media/2021/04/INF.DG_.06-Informativa-trattamento-dati-personali-del-delegato-GRA.pdf)

Il/La sottoscritto/a: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ Pr. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
Via/corso \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

DELEGA

Il/La Sig./Sig.ra: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ Pr. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
Via/corso \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## **RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

In data odierna il Sig./la Sig.ra \_\_\_\_\_ ha ritirato la documentazione sanitaria.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_