

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

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 _____