



Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____ residente a _____ (_____) in
Via _____ N. _____
recapito telefonico _____ email _____ documento d'identità
n. _____ del _____ rilasciato da _____

consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia; consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione e consapevole altresì che ove i suddetti reati siano commessi per ottenere la nomina a un pubblico ufficio, possono comportare, nei casi più gravi, l'interdizione temporanea dai pubblici uffici, sotto la propria responsabilità

IN QUALITÀ DI

- a) diretto interessato (titolare della cartella clinica)
 - b) genitore esercente la responsabilità genitoriale nei confronti del minore
 - c) affidatario del minore
 - d) tutore
 - e) curatore
 - f) amministratore di sostegno
 - g) erede legittimo
 - h) erede testamentario
 - i) convivente del defunto
 - l) coniuge o figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, del titolare della cartella clinica o altra documentazione sanitaria, il quale si trova in una **situazione di impedimento temporaneo alla sottoscrizione ed alla dichiarazione, per le seguenti ragioni connesse allo stato di salute** (ex art. 4, comma 2 D.P.R. 445/2000)
- _____
- o) delegato
 - p) altro _____

CHIEDE COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

del/la Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____
il ____/____/____ inerente al ricovero avvenuto presso l'Unità Funzionale di: _____
dal _____ al _____ Intervento eseguito dal Dott. (facoltativo) _____

CHIEDE LA SPEDIZIONE* presso il seguente indirizzo:

via _____ n. _____
Località _____ (prov. _____) CAP _____

DELEGA al ritiro il/la Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il ____/____/____



PROVVEDERA' PERSONALMENTE AL RITIRO

INVIO TRAMITE PEC (indicare indirizzo PEC) _____

I dati saranno trattati dalla Casa di Cura Villa Maria, anche con strumenti informatici, nel rispetto delle normativa vigente in tema di riservatezza e protezione dei dati (Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR)).

Data di presentazione della richiesta _____

Firma dell'interessato

SI RICHIEDE DI ALLEGARE I SEGUENTI DOCUMENTI:

Fotocopia fronte-retro del documento di riconoscimento (in corso di validità) del richiedente

Fotocopia fronte-retro del documento di riconoscimento (in corso di validità) del delegante/delegato se il ritiro avviene per mezzo di un delegato

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà per i casi g); h); i); l)

Provvedimento di nomina per i casi c); d); e); f)

* **in caso di spedizione della copia di cartella clinica tramite il Servizio Postale, la Casa di Cura declina ogni responsabilità per lo smarrimento dei documenti da parte del vettore di Poste Italiane.**

A CURA DEL PERSONALE DELLA CASA DI CURA

Consegnata il _____

Vista e verificata l'identità, tramite i documenti di identità di colui che ritira:

Firma per ricevuta _____

Firma del Delegato _____