



**PRESIDIO  
OSPEDALIERO**  
P.O. "S. Maria della Pietà"  
*Religiosi Camilliani*

**MODULO DI RICHIESTA e  
RITIRO**  
COPIA DELLA  
DOCUMENTAZIONE SANITARIA

MOD.DRQ-CCL-001  
Data: 15/05/2019  
Rev. 2

Spett.le Direttore Sanitario

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ provincia di (\_\_\_\_), il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente in  
\_\_\_\_\_ provincia (\_\_\_\_), alla via \_\_\_\_\_.

**IN QUALITA' DI**

- DIRETTO INTERESSATO  
 DELEGATO (ALLEGARE DELEGA)  
 GENITORE ESERCENTE LA POTESTÀ' GENITORIALE (IN CASO DI SEPARAZIONE O DIVORZIO, SPECIFICARE SE SI È AFFIDATARIO DEL MINORE)  
 TUTORE/CURATORE  
 EREDE LEGITTIMO (ALLEGARE ATTO DI NOTORIETÀ, DELEGA DEGLI ALTRI EREDI AL RITIRO, COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DI TUTTI GLI EREDI)  
 ALTRO : \_\_\_\_\_

**(COMPILARE SOLO SE PERSONA DIVERSA DAL DIRETTO INTERESSATO)**

**SI CHIEDE COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE RELATIVA ALLA DEGENZA O AD ALTRA PRESTAZIONE SANITARIA**

FRUITA DAL/LA SIG.RA \_\_\_\_\_ NATO/A IL : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

A: \_\_\_\_\_ PROVINCIA DI \_\_\_\_\_ C.F. : \_\_\_\_\_

**CON LA PRESENTE RICHIEDE**

- COPIA CARTELLA CLINICA N. \_\_\_\_\_  
 COPIA REFERTO DI PRIMA ASSISTENZA  COPIA REFERTO  
 ALTRA DOCUMENTAZIONE: \_\_\_\_\_

**IL SOTTOSCRITTO DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ DI ESSERE CONSAPEVOLE:**

- DI QUANTO PREVISTO DEGLI ARTT. 71,72, 75 E 76 DEL D.P.R. N. 445/2000, SULLA RESPONSABILITÀ PENALE PREVISTA PER CHI RENDE FALSE DICHIARAZIONI, SUI RELATIVI CONTROLLI E SULLA CONSEQUENTE DECADENZA DEI BENEFICI IN CASO DI VERIFICA DI DICHIARAZIONI NON VERITIERE;

-DI ACCONSENTIRE AL TRATTAMENTO DEI PROPRI DATI PERSONALI DA PARTE DEL P.O. "S. MARIA DELLA PIETÀ", IN CONFORMITÀ CON L'ART.13 DEL GDPR – REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI (UE/2016/679) AL SOLO FINE DI GESTIRE LA PRESENTE PRATICA;

-CHE LA RICHIESTA VERRÀ ACCOLTA SOLO SE COMPLETA.

IN CASO DI MANCATO RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA RICHIESTA DOPO NOVANTA GIORNI, SI PROCEDERÀ ALL'ELIMINAZIONE DELLE COPIE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA, CON TRATTENUTA DEL COSTO FISSO PER LE COPIE.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA (PAZIENTE/DELEGANTE) \_\_\_\_\_

FIRMA OPERATORE (AREA AMMINISTRATIVO) \_\_\_\_\_

**MODALITÀ' DI RITIRO**

- RITIRO / / (data)  
cognome e nome(di chi ritira) \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_  
(SE PERSONA DELEGATA PRESENTARSI CON DELEGA E COPIA DOCUMENTO)