



OSPEDALE SAN CAMILLO
Già P.O. "S. Maria della Pietà"
Religiosi Camilliani
Via San Rocco, 9 Casoria (Na)

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

Data:
13/06/2025
Rev. 4

Spett.le Direttore Sanitario

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ provincia di (____), il ___/___/___ e residente in
_____ provincia (____), alla via _____,
identificato a mezzo documento _____ n° _____ scadenza _____

IN QUALITA' DI

- DIRETTO INTERESSATO
 DELEGATO (ALLEGARE DELEGA)
 GENITORE ESERCENTE LA PODESTA' 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 CONSEGUENTE 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 ALLA DISTRUZIONE DELLE COPIE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA RICHIESTA, CON TRATTENUTA DEL COSTO FISSO PER LE COPIE.

DATA _____

FIRMA (PAZIENTE/DELEGANTE) _____

FIRMA OPERATORE (AREA AMMINISTRATIVO) _____

MODALITA' DI RITIRO

- Invio in formato PDF tramite posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo: _____ e comunicazione password al numero _____.

- Invio in formato PDF tramite posta elettronica criptata Proton Mail all'indirizzo: _____ e comunicazione password al numero _____.

- Spedizione in formato cartaceo tramite Posta Assicurata all'indirizzo:

_____.

- Ritiro in formato cartaceo allo sportello in data ____/____/____ (GGMMAAAA) da parte del/la sig./sig.ra _____ identificato/a a mezzo documento _____ n° _____ data di scadenza _____
Rilasciato da _____ in data _____.

Firma per la richiesta di invio o ritiro
