

 **AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**

**Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it**

**C.F. e P.I. 00821180577**

**DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA**

**DIRETTORE: DR. LUCA CASERTANO**

**UFFICIO RILASCIO CARTELLE CLINICHE**

Tel. 0746278551 fax 0746279923 - mail: segreteria.dmo@asl.rieti.it

Dal lunedì al sabato dalle ore 8.30 alle ore 13.00

**MODULO RICHIESTA RILASCIO DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

 IL SOTTOSCRITTO

COGNOME E NOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ LUOGO E DATA DI NASCITA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TEL.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-MAIL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IN QUALITÀ DI

€Avente diritto intestatario

€ Erede dell’Intestatario con il seguente grado di parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

€ Esercente la patria potestà sull’Intestatario

€ Tutore /Curatore dell’Intestatario

€ Altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dati dell’Intestatario della cartella clinica (non compilare se coincide con il soggetto richiedente)

COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ LUOGO e DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CODICE FISCALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(Allegare fotocopia controfirmata di un documento di riconoscimento fronte/retro dell’intestatario, nonché le certificazioni di legge attestanti la titolarità del richiedente se diverso dall’intestatario: attestazione di delega, fotocopia di documento, dichiarazione sostitutiva di atto notorio etc.).**

CHIEDE

€ Copia della cartella clinica:

Ricovero dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_UOC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ricovero dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_UOC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 €Copia della Cartella clinica di Pronto Soccorso del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Chiedo che la consegna della documentazione avvenga secondo le seguenti modalità: Ritiro allo sportello in copia cartacea conforme all’originale copia scaricabile dal web (modalità on line) Servizio postale, autorizzo la spedizione al seguente indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via PEC all’indirizzo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Io sottoscritto dichiaro di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445
2. . Io sottoscritto dichiaro consapevolmente di accettare che il recapito della suddetta documentazione sanitaria avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal codice postale, che prevede la consegna della posta anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc).
3. Ai sensi del D.Lgs. 196/2003, io sottoscritto dichiaro di essere informato che il trattamento dei dati personali sarà effettuato, anche con mezzi informatici, ai fini del presente procedimento e che il titolare del trattamento dei dati è la ASL Rieti La richiesta di accesso ai dati ai sensi dell’art. 7 del suddetto D.Lgs, può essere rivolta al titolare o al responsabile del trattamento a mezzo del recapito in indirizzo.

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RIETI lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_