

Casa di Cura | Poliambulatorio Villa Silvana  
Viale Europa 1/3 • 04011 Aprilia (LT)

**Per informazioni e prenotazioni**

- Telefono: 06 921401
- Sito web: [kormed.it](http://kormed.it)
- Email: [info.villasilvana@kormed.it](mailto:info.villasilvana@kormed.it)

# Richiesta copia documentazione sanitaria

Il/la sottoscritto/a.....  
nato/a.....il.....

In qualità di:

CI diretto interessato (allegare fotocopia del documento di identità del firmatario)

- ☐ legale rappresentante dell'interessato: tutore – curatore – amministratore di sostegno (allegare fotocopia del documento di identità del firmatario e documentazione attestante i poteri di rappresentanza)
- ☐ persona delegata dal diretto interessato o da chi esercita legalmente la potestà (allegare fotocopia del documento di identità del firmatario ed originale della delega corredata da fotocopia del documento di identità del delegante) se deceduto:
- ☐ CI legittimo erede (o equivalente titolo di legittimazione) / familiare (allegare fotocopia del documento di identità del firmatario e documentazione attestante il grado di parentela o il titolo di erede o altro equivalente titolo di legittimazione)
- ☐ CI soggetto delegato da un legittimo erede o equivalente titolo di legittimazione (allegare fotocopia del documento di identità del firmatario ed originale della delega corredata da fotocopia del documento di identità del delegante)
- ☐ soggetto terzo – rispetto all'interessato - che ha la documentata necessità di far valere o difendere un diritto, della personalità o altra libertà inviolabile e fondamentale, in sede giudiziaria oppure di tutelare una situazione giuridica rilevante, purché di pari rango rispetto al diritto dell'interessato (allegare fotocopia del documento di identità del firmatario e idonea documentazione attestante le ragioni poste alla base della richiesta di accesso) come di seguito indicato:

.....  
.....

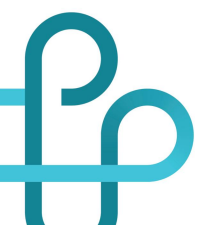
**Richiede copia della seguente documentazione:**

Relativa a:

nome.....cognome.....  
nato a.....il ospitato/a presso la Vs. struttura di.....

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali derivanti da mendaci dichiarazioni

Mod-RICH COPIA DOC SANITARIA-revo-magg17



Scopri la rete di servizi completa su  
[kormed.it](http://kormed.it)

Parte del  
Gruppo

| **clariane**

**Casa di Cura | Poliambulatorio Villa Silvana**  
Viale Europa 1/3 • 04011 Aprilia (LT)

**Per informazioni e prenotazioni**

- Telefono: **06 921401**
- Sito web: **kormed.it**
- Email: **info.villasilvana@kormed.it**

**Dichiara**

- di essere informato circa il fatto che la consegna della cartella clinica deve avvenire direttamente all'interessato o a un suo delegato (fermo restando quanto previsto dall'art. 84, comma 1, del Codice).
- solo se l'interessato è deceduto: di essere o rappresentare per espressa delega un legittimo erede o equivalente titolo di legittimazione /familiare dell'interessato che ha un interesse proprio e/o che agisce a tutela dell'interessato o per ragioni familiari meritevoli di protezione, per i motivi di seguito esposti:

.....  
.....

- se soggetto terzo: di aver compreso che la domanda di accesso è subordinata alla valutazione, da parte del Titolare, della fondatezza e della meritevolezza delle ragioni poste a fondamento della richiesta;
- di essere consapevole ed accettare che la Società potrà addebitare i costi sostenuti per produrre la documentazione richiesta;

Data ...../...../.....

Firma del paziente.....

**ALLEGATI:**

- ☐ fotocopia di documento di identità del firmatario
- ☐ documentazione attestante i poteri di rappresentanza
- ☐ originale della delega corredata da fotocopia del documento di identità del delegante
- ☐ documentazione attestante il grado di parentela e/o il titolo di erede o equivalente titolo di legittimazione (per le persone decedute)
- ☐ documentazione attestante la necessità di far valere un proprio diritto di pari rango rispetto a quello dell'interessato

Il sottoscritto/a,.....

**DELEGA AL RITIRO DI COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Nome.....Cognome.....  
residente in .....(.....) via.....

li.....

Firma.....