

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

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

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: komed.it
- Email: info.villasilvana@komed.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.....

..... Firma.....

Mod-RICH COPIA DOC SANITARIA-revo-magg17

Scopri la rete di servizi completa su
komed.it

Parte del
Gruppo | **clariane**

