

## **RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_,  
il \_\_\_\_\_

In qualità di:

- ☐ 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:

- ☐ 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)
- ☐ 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 a \_\_\_\_\_, il  
\_\_\_\_\_, ospitato/a presso la Vs. struttura di \_\_\_\_\_

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

### 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 \_\_\_\_\_

### 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 \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ e  
residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_

lì \_\_\_\_\_

(firma) \_\_\_\_\_