

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) _____