

Casa di Cura | Poliambulatorio San Camillo Hospital
Via P. Ignazio da Carrara 37 • 55042 Forte dei Marmi (LU)

Per informazioni e prenotazioni

- Telefono: 0584 7391
- Sito web: kormed.it
- Email: info.sancamillohospital@kormed.it

Richiesta copia documentazione sanitaria

Prot.n° data

Il/la
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.....il.....ospitato/a presso la Vs. struttura
di.....
.....

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

Mod-RICH_COPIA_DOC_SANITARIA-rev0-magg17



Scopri la rete di servizi completa su
kormed.it

Parte del Gruppo | **clariane**

Casa di Cura | Poliambulatorio San Camillo Hospital
Via P. Ignazio da Carrara 37 • 55042 Forte dei Marmi (LU)

Per informazioni e prenotazioni

- Telefono: 0584 7391
- Sito web: kormed.it
- Email: info.sancamillohospital@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.....

...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 aile residente in (.....)

via.....

.....

li.....

Firma.....

