

Spett. le DIREZIONE di PRESIDIO

Oggetto: modulo richiesta copia di cartella clinica/documentazione sanitaria

Il/la sottoscritto/a nato/a a
il residente in Via
tel..... e mail, con il documento
n. (*allegato in copia*), rilasciato da il

In qualità di (*evidenziare l'opzione corretta*):

- diretto interessato;
- genitore
- tutore
- amministratore di sostegno
- erede
- altro

CHIEDE copia conforme di:

- Cartella Clinica;
- CD/DVD di immagini/referti;
- Verbali/Cartelle Sanitarie relativi a prestazioni di Pronto Soccorso;
- Altro.....

relativa a:

Nome..... Cognome.....
Nato a..... il/...../.....
Residente in.....
Via.....

Ricoveri presso i Reparti di:

..... dal al

Si chiede, in caso di accoglimento dell'istanza, che la documentazione sia inoltrata:

- per posta al seguente indirizzo
- per PEC al seguente indirizzo
- per mail al seguente indirizzo

Il sottoscritto richiedente DELEGA per il ritiro:

Nome..... Cognome.....
Nato a..... il/...../.....
Residente in.....
Via.....

Data..... Firma.....

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali che saranno trattati ai sensi della normativa vigente in materia e della regolamentazione ASL Ogliastra al riguardo, al fine della presente istanza.

Data..... Firma.....

N.B. In caso di soggetto delegato o munito di poteri di rappresentanza allegare:

- ***delega e fotocopia documento del delegante e del sottoscritto delegato***
- ***documentazione relativa all'esistenza dei propri poteri rappresentativi***