**Allegato 9.2**

Alla Direzione di Distretto/Dipartimento

**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:**

* Cartelle ambulatoriali relative a pazienti trattati in sede ambulatoriale;
* Tracciati;
* Cartella sanitaria di Hospice;
* Cartella sanitaria di assistenza domiciliare;
* Cartella sanitarie relative a valutazione dell’UVT (Unità di Valutazione Territoriali);
* Altro………………………………………………

relativa a:

Nome............................................................................. Cognome......................................................................

Nato a.................................................................................................................................. il ....../......../.............

Residente in.........................................................................................................................................................

Via........................................................................................................................................................................

Periodo di riferimento:

......................................................................................................................... dal ................... al …...................

......................................................................................................................... dal ................... al …...................

......................................................................................................................... dal ................... al …...................

......................................................................................................................... dal ................... al …...................

......................................................................................................................... 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***