RICHIESTA DI ACCESSO ALLA CARTELLA CLINICA
RILASCIO COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

Spett.le
Fondazione Ca' d'Industria ETS
Direzione Sanitaria

Il sottoscritto …….
nato a …… il ……
residente a …… Via …….
tel. …… e-mail……
C.I. n° …… rilasciata dal Comune di ……in data ……

In qualità di:

☐ delegato (allegare delega scritta e copia del documento d'identità del delegante e del delegato)
☐ tutore / curatore / ADS (allegare il Decreto di Nomina e l'accettazione)
☐ enti autorizzati (autorità sanitaria, ecc.…)
☐ soggetti diversi (allegare documentazione comprovante il diritto)

CHIEDE

a) di poter <u>accedere</u> alla cartella clinica ed ai dati sensibili del Sig./della Sig.ra

……

nato/a a ……il……

ricoverato presso…….. dal ……al……

per i seguenti motivi ……..……

b) <u>il rilascio di copia della cartella clinica</u> del/la Sig./Sig.ra

……..…

nato/a a ……il……

ricoverato presso…….. dal ……al……

per i seguenti motivi ……

A tal fine provvedo al versamento della somma dovuta come da tabella dei costi di riproduzione e ricerca adottata dalla Fondazione (pagamento in contanti al ritiro o a mezzo bonifico bancario con presentazione della ricevuta al ritiro).

Se diverso dalla residenza, il richiedente indichi qui di seguito l'indirizzo a cui la Fondazione potrà inviare eventuali comunicazioni:

……..……

……..……

Luogo e data ……

FIRMA (del richiedente) ……...

Si autorizza, data …… FIRMA (del Dir. Sanitario) ……..……

Eventuali note ……..……...

****

Per ritiro di copia contenente dati sensibili:

Nome e Cognome……..……

Documento di identità n…….

Data ……

Firma ……

La presente richiesta deve essere allegata, a cura del Direttore Sanitario, al fascicolo relativo ai documenti o atti a cui è stato chiesto accesso.

RICHIESTA DI RILASCIO DI COPIA DELLA PROPRIA CARTELLA CLINICA

Spett.le
Fondazione Ca' d'Industria ETS
Direzione Sanitaria

Il sottoscritto ……..……..
nato a …… il ……
residente a …….. Via ……..
tel. …….. e-mail……
C.I. n° …… rilasciata dal Comune di ……in data ……
Ricoverato c/o ……dal ……al……

CHIEDE

il rilascio di copia della propria cartella clinica

per i seguenti motivi ……..……

e dichiara di:

a) Provvedere personalmente al ritiro

b) DELEGARE per il ritiro il/la Sig./Sig.ra……
nato/a……il……
C.I. n° …… rilasciata dal Comune di ……in data ……

A tal fine provvedo al versamento della somma dovuta come da tabella dei costi di riproduzione e ricerca adottata dalla Fondazione (pagamento in contanti al ritiro o a mezzo bonifico bancario con presentazione della ricevuta al ritiro).

Luogo e data ……

FIRMA……...

FIRMA (*) ……..

FIRMA (*) ……..

(*) Nel caso di persona non in grado di apporre la propria firma per disabilità, ma in condizioni di esprimere il proprio assenso, lo stesso va confermato mediante la sottoscrizione da parte di due testimoni.

Si autorizza, data …… FIRMA (del Dir. Sanitario) ……..……

Eventuali note ……..……...

****

Per ritiro di copia contenente dati sensibili:

Nome e Cognome……..……

Documento di identità n……

Data ……

Firma ……

La presente richiesta deve essere allegata, a cura del Direttore Sanitario, al fascicolo relativo ai documenti o atti a cui è stato chiesto accesso.