

ALLEGATO N. 4

ALLA DIREZIONE MEDICA DEL P.O. SAN PAOLO

VIA A. DI RUDINI’, 8

20142 - MILANO

ALLA DIREZIONE MEDICA DEL P.O. SAN CARLO

VIA PIO II, 3

20153 - MILANO

**RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Il/La sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_\_)

Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento di identità n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_che allego in fotocopia (fronte – retro) consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

**CHIEDE**

in qualità di intestatario della documentazione sanitaria richiesta

in qualità di genitore esercente la potestà genitoriale

in qualità di tutore/curatore/amministratore di sostegno (allegare provvedimento)

in qualità di erede

CARTELLA copia autenticata □ CARTELLA su CD non autenticata del\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

ESAMI RADIOGRAFICI del\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

CERTIFICATO DI RICOVERO SENZA DIAGNOSI del\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

CERTIFICATI DI PRONTO SOCCORSO del\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

CERTIFICATO DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

N.B. La consegna di quanto sopra richiesto sarà effettuata solo dietro presentazione di regolare documento d’identità.

* In caso di delega sono tassativamente richiesti il documento d’identità del richiedente e del titolare della certificazione.
* In caso di richiesta effettuata da eredi o genitori esercenti la potestà genitoriale è tassativamente richiesta la presentazione della dichiarazione sostitutiva dell’atto notorio.
* In caso di richiesta effettuata dal tutore, curatore o amministratore di sostegno è necessario presentare idonea documentazione legale.

PERSONA DELEGATA AL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SPEDIZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE AL SEGUENTE INDIRIZZO:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I dati contenuti in questo documento sono strumentali all’attività sanitaria o amministrativa, sono utilizzati per compiere specifici obblighi previsti da normative, avranno trattamento in conformità a quanto prescrive la legge sul trattamento dei dati personali e le disposizioni attuative della medesima legge. (Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio).

RITIRO AVVENUTO IL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RITIRANTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**La copia della documentazione clinica sarà conservata, in caso di mancato ritiro, per un anno dalla data della richiesta.**