



MODULO1

All'Azienda Usl di Reggio Emilia-IRCCS
SEDE

OGGETTO: Richiesta copia cartella clinica/altra documentazione sanitaria

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ cap _____ Via _____ n. _____
recapito telefonico _____ e-mail/PEC _____

consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 DPR n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci

In qualità di

- diretto interessato
- delegato
- genitore esercente la responsabilità genitoriale del minore di seguito identificato (*)
- erede legittimo, legittimario o testamentario del soggetto di seguito identificato (*) deceduto/a il _____

che ha lasciato oltre il sottoscritto, i seguenti altri eredi legittimi (indicare nome e cognome e data di nascita):

- _____
- altro legittimato _____ (specificare se tutore, curatore, legale, perito, ecc....
e allegare documento attestante, ai sensi di legge, la legittimazione alla presente richiesta)

CHIEDE

Il rilascio di copia della cartella clinica/altra documentazione sanitaria

- del documento disponibile al momento della domanda
- del documento completo (consegnabile solo a chiusura del ricovero, degli eventuali controlli post-ricovero e di eventuali altri referti pervenuti successivamente alla dimissione)

Per la seguente motivazione

- ai sensi dell'art.15 GDPR per verificare l'esattezza, la completezza e l'intelligibilità delle informazioni richieste, come stabilito dalla sentenza CGUE 307/22
- per motivi differenti che non rientrano nel punto precedente (quali a titolo esemplificativo: assicurativi, second opinion, consulto medico, ecc..)

Copia semplice/Copia conforme

- Copia Semplice
- Copia Conforme
(esclusivamente per fini legali)

Tipologia documentazione

Cognome e nome paziente _____

Nato/a il _____ a _____

- cartella clinica:** relativa al seguente ricovero presso l'ospedale di: _____
data: _____ reparto: _____
data: _____ reparto: _____
- documentazione di pronto soccorso** (ultimi 20 anni disponibili): data _____
- documentazione ambulatoriale:** (ultimi 10 anni disponibili) data: _____ reparto: _____
data: _____ reparto: _____
- copie su CD di documentazione radiografica:** data: _____ tipologia esame _____
data: _____ tipologia esame _____

Scelgo di

- ritirare la copia allo sportello personalmente o tramite persona delegata (compilare riquadro delega)
- ricevere la copia per posta, con spese a mio carico, all'indirizzo :
via _____ comune _____ CAP _____ Prov _____
- la consegna tramite PEC della cartella clinica all' indirizzo : _____

Si prende atto che in caso di mancato pagamento e/o mancato ritiro della copia della cartella clinica richiesta, verranno addebitati a carico del richiedente i relativi costi di riproduzione e spedizione della documentazione stessa.

Dichiara, infine, di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

Data _____ Firma del dichiarante _____

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI DELEGA:

io sottoscritto (c.d.delegante) _____ nato/a il _____

a _____ identificato dal documento che allego in copia

DELEGO

il/la sig./ra (c.d.delegato) _____ nato/a il _____

a _____ identificato dal documento che allego in copia

- alla presentazione della presente istanza e/o al ritiro della documentazione richiesta

Firma del delegante _____

Allega

- copia del documento di identità del soggetto dichiarante
- copia del documento di identità del soggetto delegato (in caso di delega)