

MODULO DI RICHIESTA/RILASCIO CARTELLA CLINICA

Tel. 06 3052 591 (LUN. – VEN. Ore 09.30/12.00 – 13.30/15.00) Fax 06 3015 4942 email: cartellecliniche@policlinicogemelli.it

Io sottoscritto COGNOME _____ NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____ CODICE FISCALE _____

RECAPITO TELEFONICO _____ FAX o E-MAIL _____

In qualità di:

- Intestatario Erede dell'Intestatario
 Esercente la patria potestà sull'Intestatario Tutore/Curatore dell'Intestatario

Dati dell'Intestatario (non compilare se intestatario della documentazione)

COGNOME _____ NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____ CODICE FISCALE _____

IMPORTANTE: allegare fotocopia controfirmata di un documento di riconoscimento fronte/retro dell'intestatario, nonché le certificazioni di legge attestanti la titolarità del richiedente se diverso dall'intestatario.

Il pagamento di quanto dovuto avverrà:

- Contestualmente alla richiesta se questa sarà fatta allo sportello
- Tramite bonifico bancario, la cui ricevuta andrà allegata alla richiesta, se questa sarà eseguita tramite fax, email o posta ordinaria

IN ASSENZA DI ALLEGATI LA RICHIESTA NON SARÀ EVASARichiedo il rilascio di cartella clinica in copia: Digitale CD Cartacea Cartacea autenticata

Ricovero dal _____ al _____ Ricovero dal _____ al _____

Ricovero dal _____ al _____ Ricovero dal _____ al _____

Chiedo che la consegna della documentazione avvenga secondo le seguenti modalità:

- Ritiro allo sportello Servizio postale. Autorizzo la spedizione al seguente indirizzo:

DESTINATARIO

VIA

CIVICO

CAP

COMUNE

PROVINCIA

1. Io sottoscritto dichiaro di essere 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.

2. Io sottoscritto dichiaro consapevolmente di accettare che il recapito della suddetta documentazione sanitaria avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal codice postale, che prevede la consegna della posta anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc).

3. Ai sensi del D.Lgs. 196/2003, io sottoscritto dichiaro di essere informato che il trattamento dei dati personali sarà effettuato, anche con mezzi informatici, ai fini del presente procedimento e che il titolare del trattamento dei dati è la Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli. La richiesta di accesso ai dati ai sensi dell'art. 7 del suddetto D.Lgs, può essere rivolta al titolare o al responsabile del trattamento a mezzo del recapito in indirizzo.

FIRMA (ANCHE PER ATTESTAZIONE DEI PUNTI 1,2 E 3)

DELEGA
(da utilizzare per il ritiro allo sportello)

Io sottoscritto _____ in qualità di
 intestatario avente diritto

(allegare copia controfirmata documento e certificazioni attestanti la titolarità dell'avente diritto)

Delego il sig. (Cognome/Nome) _____
al ritiro presso lo sportello della documentazione sanitaria sotto descritta:

Data Ricovero: _____

DATA

FIRMA