MODULO RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

email: cartellecliniche@policlinicogemelli.it

DATI DELL'INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (*da compilare obbligatoriamente*)

Il sottoscritto, Cognome_____ Nome_____
nato/a a _____ (____) il_____/_____/_____
e residente a_____ (____) in Via _____
C.A.P._____Cellulare*_____ email* _____
Identificazione a cura dell'ufficio preposto:
*Estremi del documento*_____ *Rilasciato dal*_____ *il* ___/___/_____

DATI DEL RICHIEDENTE (*non compilare se il richiedente coincide con l'intestatario della documentazione*)

Il sottoscritto, Cognome_____ Nome_____
nato/a a _____ (____) il_____/_____/_____
e residente a_____ (____) in Via _____
C.A.P._____ Cellulare_____ email_____
Identificazione a cura dell'ufficio preposto:
*Estremi del documento*_____ *Rilasciato dal*_____ *il* ___/___/_____
in qualità di:

- ☐ Delegato dell'intestatario
- ☐ Esercente la patria potestà sull'Intestatario
- ☐ Erede dell'Intestatario
- ☐ Tutore/Curatore/Affidatario dell'Intestatario

IMPORTANTE: nel caso di richiedente non coincidente con l'intestatario della documentazione **allegare**:

- delega dell'intestatario e fotocopia controfirmata di un documento di riconoscimento fronte/retro dell'intestatario della documentazione sanitaria (allegare **modulo A**);
- se minore, autocertificazione attestante la potestà genitoriale (allegare **modulo B**);
- se deceduto, indicare la relazione di parentela in qualità di erede legittimo (allegare **modulo C**);
- se Tutore/Curatore/Affidatario dell'Intestatario, copia provvedimento attestante la titolarità del richiedente.

IN ASSENZA DI ALLEGATI LA RICHIESTA NON SARÀ EVASA

Il pagamento di quanto previsto potrà avvenire contestualmente alla richiesta, se presentata presso gli sportelli della Fondazione, o tramite bonifico bancario nei casi di richiesta inoltrata via email (allegare copia della ricevuta del bonifico effettuato).

Richiedo il rilascio di cartella clinica in copia: ☐ Cartacea ☐ Cartacea autenticata ☐ Digitale via web**

Ricovero dal _____ al _____ Ricovero dal _____ al _____

Cartella PS dal _____ al _____ Cartella PS dal _____ al _____

Autorizzo la spedizione al seguente indirizzo:

_____
DESTINATARIO VIA CIVICO

_____
CAP COMUNE PROVINCIA

*L'indicazione dell'indirizzo email e del numero di cellulare è obbligatoria per la trasmissione via web della documentazione sanitaria. È invece obbligatoria l'indicazione del solo numero di cellulare se si desidera ricevere gli estremi relativi alla spedizione raccomandata della cartella.

☐ **Ho letto "l'informativa per il servizio ricezione documentazione sanitaria on-line" e acconsento al trattamento dei dati personali per il ritiro della cartella clinica on line tramite sito web.

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), sollevando pertanto la Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS da ogni responsabilità legata allo smarrimento o alla visione della corrispondenza da parte di terzi non autorizzati.

LUOGO, DATA

FIRMA LEGGIBILE (ANCHE PER ATTESTAZIONE DEI PUNTI 1,2)