

## MODULO DI RICHIESTA/RILASCIO CARTELLA CLINICA

Tel. 06 3015 9590 - Fax 06 3015 9710 email: cartellecliniche-columbus@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. IN ASSENZA, LA RICHIESTA NON SARÀ EVASA

**Richiedo il rilascio di cartella clinica in copia:**  Digitale CD  Cartacea semplice  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, NUMERO CIVICO \_\_\_\_\_

CITTA, PROVINCIA \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

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)**

lo 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