

## RICHIESTA di COPIA di DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Alla Direzione Sanitaria di Humanitas Gradenigo

### Il sottoscritto:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Documento di identità \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Rilasciato da \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del d.p.r. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci

### DICHIARA DI ESSERE

- Intestatario della documentazione sanitaria allegare copia del documento d'identità (per richieste inoltrate via e-mail, scrivere al seguente indirizzo: [prenotazioni@gradenigo.it](mailto:prenotazioni@gradenigo.it))
- Genitore esercente la patria potestà (allegare copia del documento di identità e atto notorio (MO.DS04.50))
- Tutore/Curatore/amministratore di sostegno (allegare copia della sentenza attestante lo stato di tutore e copia del documento di identità)
- Erede legittimo (allegare copia del documento di identità e atto notorio (MO.DS04.50))

Dell'intestatario della documentazione sanitaria di seguito indicato (solo se soggetto diverso dal richiedente):

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

### CHIEDE

- n° \_\_\_\_\_ copie della cartella clinica/cartella di chirurgia ambulatoriale relativa al periodo di permanenza dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Referto prestazione ambulatoriale di \_\_\_\_\_, del \_\_\_\_\_
- Verbale Pronto Soccorso del \_\_\_\_\_

### MODALITÀ DI RITIRO:

<input type="checkbox"/> <b>Personalmente al ritiro</b>	Per ricevere l'avviso di ritiro della documentazione clinica richiesta, È <b>INDISPENSABILE</b> indicare qui di seguito il numero di Cellulare: _____
<input type="checkbox"/> <b>SPEDIZIONE (costi di spedizione a carico del richiedente)</b>	Per la spedizione tramite posta raccomandata, indicare di seguito l'indirizzo di destinazione: _____ _____ Per ricevere l'avviso di spedizione della documentazione clinica richiesta, È <b>INDISPENSABILE</b> indicare qui di seguito il numero di Cellulare: _____
<input type="checkbox"/> <b>"DELEGA AL RITIRO"</b>	Compilare il modulo di delega al ritiro nella sottostante sezione Per ricevere l'avviso di ritiro della documentazione clinica richiesta, È <b>INDISPENSABILE</b> indicare qui di seguito il numero di Cellulare: _____

Il sottoscritto, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 - Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati, acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**DELEGA AL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Si ricorda che la documentazione sanitaria richiesta, in assenza di compilazione del presente modulo di delega al ritiro, non sarà consegnato se non all'interessato.

Per il ritiro della documentazione sanitaria richiesta è indispensabile **presentarsi muniti di copia del documento di identità in corso di validità del delegato e del delegante.**

Per tutte le informazioni sul trattamento dei dati del delegato, si invita a leggere l'informativa ex art 13 del Regolamento UE n. 2016/679, consultabile sulla pagina internet: [https://www.gradenigo.it/media/2021/04/INF.DG\\_.06-Informativa-trattamento-dati-personali-del-delegato-GRA.pdf](https://www.gradenigo.it/media/2021/04/INF.DG_.06-Informativa-trattamento-dati-personali-del-delegato-GRA.pdf)

Il/La sottoscritto/a: *Cognome* \_\_\_\_\_ *Nome* \_\_\_\_\_  
*Nato a* \_\_\_\_\_ *Provincia* \_\_\_\_\_ *il* \_\_\_\_\_  
*Codice fiscale* \_\_\_\_\_ *residente in* \_\_\_\_\_  
*Via/corso* \_\_\_\_\_ *n.* \_\_\_\_\_

**DELEGA**

Il/La Sig./Sig.ra: *Cognome* \_\_\_\_\_ *Nome* \_\_\_\_\_  
*Nato a* \_\_\_\_\_ *Provincia* \_\_\_\_\_ *il* \_\_\_\_\_  
*Codice fiscale* \_\_\_\_\_ *residente in* \_\_\_\_\_  
*Via/corso* \_\_\_\_\_ *n.* \_\_\_\_\_

*Data* \_\_\_\_\_ *Firma* \_\_\_\_\_

**RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

In data odierna il Sig./la Sig.ra \_\_\_\_\_ ha ritirato la documentazione sanitaria.

*Data* \_\_\_\_\_ *Firma* \_\_\_\_\_