

RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

La/il sottoscritta/o _____ nata/o a _____
il _____ e residente a _____ (_____)
in via/piazza/loc. _____ N. _____
telefono _____ fax _____ e-mail _____
documento d'identità n. _____ del _____ rilasciato da _____

consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia; consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione e consapevole altresì che ove i suddetti reati siano commessi per ottenere la nomina a un pubblico ufficio, possono comportare, nei casi più gravi, l'interdizione temporanea dai pubblici uffici, sotto la propria responsabilità

IN QUALITÀ DI		Allegare
<input type="checkbox"/>	diretto interessato (titolare della documentazione sanitaria, maggiorenne o minore emancipato)	
<input type="checkbox"/>	delegato	delega (MOD007 scaricabile dal sito www.irst.emr.it sezione "Cartella clinica e altri documenti");
<input type="checkbox"/>	tutore	provvedimento di nomina
<input type="checkbox"/>	curatore	provvedimento di nomina
<input type="checkbox"/>	amministratore di sostegno	provvedimento di nomina
<input type="checkbox"/>	erede legittimo	dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà
<input type="checkbox"/>	legale rappresentante	mandato o procura
<input type="checkbox"/>	erede testamentario	dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà
<input type="checkbox"/>	convivente del defunto ai sensi dell'art. 1 della Legge n. 76/2016	certificazioni sullo stato di convivente
<input type="checkbox"/>	persona in unione civile del defunto ai sensi dell'art. 1 della Legge n. 76/2016	certificazioni sullo stato di soggetto in unione civile
<input type="checkbox"/>	coniuge o figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, o convivente o persona in unione civile del titolare della cartella clinica o altra documentazione sanitaria, il quale si trova in una situazione di impedimento temporaneo alla sottoscrizione ed alla dichiarazione, per le seguenti ragioni connesse allo stato di salute (ex art. 4, comma 2 D.P.R. 445/2000) _____	dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà certificazioni sullo stato di convivente certificazioni sullo stato di soggetto in unione civile
<input type="checkbox"/>	genitore esercente la responsabilità genitoriale nei confronti del minore	dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà
<input type="checkbox"/>	affidatario del minore	provvedimento di nomina
<input type="checkbox"/>	altro _____	

CHIEDE

<input type="checkbox"/>	rinnovo del piano terapeutico	<input type="checkbox"/>	in originale	
		<input type="checkbox"/>	in copia (es. se smarrito l'originale)	
<input type="checkbox"/>	relazione clinica	<input type="checkbox"/>	in originale	
		<input type="checkbox"/>	in copia (es. se smarrito l'originale)	
<input type="checkbox"/>	documentazione per rimborso assicurativo (tutti i viaggi)	<input type="checkbox"/>	in originale	
		<input type="checkbox"/>	in copia (es. se smarrito l'originale)	
<input type="checkbox"/>	documentazione per rimborso chilometrico (solo viaggi per terapia) informarsi presso AUSL di residenza	<input type="checkbox"/>	in originale	
		<input type="checkbox"/>	in copia (es. se smarrito l'originale)	
<input type="checkbox"/>	copia referto visita eseguito/i in data _____			

<input type="checkbox"/>	copia referto esame PET/TC	<input type="checkbox"/>	copia referto + immagini (DVD) esame PET/TC	eseguito/i in data _____
<input type="checkbox"/>	copia referto esame TAC	<input type="checkbox"/>	copia referto + immagini (DVD) esame TAC	eseguito/i in data _____
<input type="checkbox"/>	copia referto esame RMN	<input type="checkbox"/>	copia referto + immagini (DVD) esame RMN	eseguito/i in data _____
<input type="checkbox"/>	copia referto esame RX	<input type="checkbox"/>	copia lastre (RX)	eseguito/i in data _____
<input type="checkbox"/>	copia referto esame ecografico			eseguito/i in data _____
<input type="checkbox"/>	altra documentazione specificare _____			

da compilare solo se diverso dal richiedente

della/del Sig.ra/Sig. _____ nato/a a _____

il ____/____/____ codice fiscale _____

E CHIEDE DI OTTENERE I DOCUMENTI

attraverso ritiro allo sportello dell'Accettazione Amministrativa

direttamente

da persona di fiducia con presentazione di delega (MOD007 scaricabile dal sito www.irst.emr.it sezione "Come ottenere la documentazioni sanitaria") allegando fotocopia fronte-retro di documento d'identità valido del delegante e del delegato.

tramite il servizio postale. In questo caso, al ricevimento l'utente pagherà in contrassegno.

A questo proposito indica l'indirizzo di spedizione

Sig.ra/Sig. _____

via/piazza/loc. _____ N. _____

CAP _____ città _____ (prov. _____)

Si informa che i dati saranno trattati da IRST IRCCS, anche con strumenti informatici, per gli adempimenti previsti da Leggi e Regolamenti. del La/il sottoscritta/o ne autorizza il trattamento, compreso quello dei dati sensibili, nel rispetto del Regolamento UE 2016/679/GDPR e disposizioni del D.Lgs. 196/2003, come modificato dal D. Lgs. 101/2018.

Data di presentazione della richiesta _____

Firma leggibile del richiedente _____

ATTENZIONE: IL MODULO SARÀ RITENUTO VALIDO SOLO SE CORREDATO DA FOTOCOPIA FRONTE-RETRO DI DOCUMENTO D'IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL RICHIEDENTE.