



MOD n° 16 Versione 02\_ aprile\_2018

## MODELLO PER LA RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

AL DIRETTORE SANITARIO DEL POLIAMBULATORIO PENTAVIS S.R.L.

Consapevole delle responsabilità previste dall'art.76 D.P.R.445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci:

IL RICHIEDENTE (solo se diverso dall'intestatario della documentazione)

(scrivere in stampatello)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ Telef. \_\_\_\_\_

In qualità di  genitore  coniuge  figlio  erede  altro \_\_\_\_\_

IL TITOLARE DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA

(scrivere in stampatello)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ Telef. \_\_\_\_\_

CHIEDE IL RILASCIO DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA RELATIVA ALLE PRESTAZIONI:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CHIEDE RITIRO PRESSO LA SEGRETERIA DEL POLIAMBULATORIO (PREVIO PAGAMENTO DI SPESE DI SEGRETERIA PARI A €10+IVA)

FIRMA DELL'INTESTATARIO \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DELEGATO \_\_\_\_\_

Allegare **fotocopia documento di identità** (fronte retro) in corso di validità del richiedente e dell'intestatario della documentazione sanitaria.

Ai sensi del D.Lgs. 30/06/03 n°196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" si informa che i dati personali contenuti nella presente istanza saranno trattati al solo fine dell'evasione della richiesta stessa in forma cartacea e informatizzata in modo da assicurare la tutela e la riservatezza dei diritti del richiedente che potrà rivolgere istanza per far valere i propri diritti ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 al responsabile del trattamento dei dati personali nella figura del Direttore Sanitario di Pentavis SRL

Data \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_ Al momento

del ritiro:

Data \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_