



ISTITUTO CLINICO
BEATO MATTEO

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

Io sottoscritto/a _____, Nato/a a _____,
il _____

Interessato (paziente) oppure

Persona legittimata (es: tutore, curatore, amministratore di sostegno, esercente la responsabilità genitoriale) [*compilare e allegare autocertificazione*].

Quale persona legittimata ad accedere alla cartella clinica del paziente di cui sotto ho letto e compreso l'informativa privacy ex art. 13 del Regolamento Europeo RE (UE) 2016/679 sul trattamento dei miei dati personali, consegnatami contestualmente alla presente richiesta.

Altra persona avente un diritto della personalità o di in un altro diritto o libertà fondamentale che vuol esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria ex art. 92 del dlgs. 196/2003, così come modificato dal dlgs. 101/2018 [*compilare ed allegare autocertificazione*].

Quale persona avente diritto ad accedere alla cartella clinica del paziente sotto specificato ho letto e compreso l'informativa privacy ex art. 13 del Regolamento Europeo RE (UE) 2016/679 sul trattamento dei miei dati consegnatami contestualmente alla presente richiesta.

A) del paziente _____

Ricoverato presso la struttura dal _____ al _____

presso il reparto di _____

B) del paziente _____

Ricoverato presso la struttura dal _____ al _____

presso il reparto di _____

C) del paziente _____

Ricoverato presso la struttura dal _____ al _____

presso il reparto di _____

CHIEDO

il rilascio di numero _____ copia/e conforme/i della cartella clinica, nel seguente formato:

CARTACEO (presso la nostra Struttura) cellulare _____

CARTACEO (a mezzo Posta).

al seguente destinatario:

Cognome _____ Nome _____
Via/Piazza _____ CAP _____ Citta' _____ Prov. _____

CHIEDO che mi venga notificata attraverso chiamata vocale al numero di cellulare da me fornito la disponibilità della cartella clinica cartacea da ritirare c/o la Struttura

Data _____ Firma (del richiedente) _____



ISTITUTO CLINICO
BEATO MATTEO

Allegato alla presente richiesta copia fronte/retro del documento d'identità del richiedente e, se il richiedente è persona legittimata, copia del documento d'identità dell'intestatario della documentazione sanitaria.

Riservato allo Sportello Accettazione Ricoveri

NUMERI CARTELLE CLINICHE RICHIESTE

MOD. 1 rev. 0