

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI

Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it
www.asl.rieti.it C.F. e P.I. 00821180577

DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA - DIRETTORE: DR. PASQUALE CARDUCCI
UFFICIO RILASCIO CARTELLE CLINICHE

Tel. 0746278551 fax 0746279923 - mail: l.detommaso@asl.rieti.it
Dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 14.30

MODULO RICHIESTA RILASCIO DOCUMENTAZIONE SANITARIA

IL SOTTOSCRITTO

COGNOME E NOME _____ LUOGO E DATA DI NASCITA _____
CODICE FISCALE _____ TEL. _____ E-MAIL _____

IN QUALITÀ DI

- Avente diritto intestatario
- Erede dell'Intestatario con il seguente grado di parentela _____
- Esercente la patria potestà sull'Intestatario
- Tutore /Curatore dell'Intestatario
- Altro (specificare) _____

Dati dell'Intestatario della cartella clinica (non compilare se coincide con il soggetto richiedente)

COGNOME _____ NOME _____ LUOGO e
DATA DI NASCITA _____ CODICE FISCALE _____

(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: attestazione di delega, fotocopia di documento, dichiarazione sostitutiva di atto notorio etc.).

CHIEDE

Copia della cartella clinica:

Ricovero dal _____ al _____ UOC _____

Ricovero dal _____ al _____ UOC _____

Copia della Cartella clinica di Pronto Soccorso del _____

Chiedo che la consegna della documentazione avvenga secondo le seguenti modalità:

- Ritiro allo sportello in copia cartacea conforme all'originale copia scaricabile dal web (modalità on line)
- Servizio postale, autorizzo la spedizione al seguente indirizzo _____
- Via PEC all'indirizzo _____

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 ASL Rieti 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 _____

RIETI li _____