



Tipo documento: **Allegato**

Titolo documento
Modulo di richiesta/rilascio cartella clinica

Emesso da	RQ	Codice documento ALL. 05 PO- 09	Versione 01	Data di emissione 15.03.2021
-----------	----	---	-----------------------	--

MODULO DI RICHIESTA/RILASCIO CARTELLA CLINICA

Io sottoscritto COGNOME _____ NOME _____
LUOGO E DATA DI NASCITA _____
CODICE FISCALE _____ RECAPITO TELEFONICO _____
FAX o E-MAIL _____

In qualità di:

- Intestatario
 Erede dell'Intestatario
 Esercente la patria potestà sull'Intestatario
 Tutore/Curatore dell'Intestatario

Dati dell'Intestatario

(non compilare se intestatario della documentazione)

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

IMPORTANTE: 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. **IN ASSENZA DI ALLEGATI LA RICHIESTA NON POTRA' ESSERE EVASA.**

Richiedo il rilascio di cartella clinica in copia cartacea per il ricovero dal _____ al _____

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

- Ritiro presso la struttura Servizio postale*.

*Autorizzo la spedizione al seguente indirizzo:

DESTINATARIO	
VIA	
CIVICO	
CAP	
COMUNE	
PROVINCIA	

COD: PO 09	Comunità Terapeutica Sisifo per il trattamento delle dipendenze comportamentali	Pagina 1 di 3
------------	---	------------------



Tipo documento: **Allegato**

Titolo documento
Modulo di richiesta/rilascio cartella clinica

Emesso da	RQ	Codice documento ALL. 05 PO- 09	Versione 01	Data di emissione 15.03.2021
-----------	-----------	---	-----------------------	--

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 Comunità Terapeutica Sisifo (SISIFO srl).

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 tramite posta elettronica all'indirizzo sisifo.comunita@gmail.com.

(data)

(firma del richiedente)



Tipo documento: **Allegato**

Titolo documento
Modulo di richiesta/rilascio cartella clinica

Emesso da	RQ	Codice documento ALL. 05 PO- 09	Versione 01	Data di emissione 15.03.2021
-----------	-----------	---	-----------------------	--

DELEGA

(da utilizzare per il ritiro in struttura)

Io sottoscritto _____
in qualità di: intestatario; avente diritto

(allegare copia controfirmata documento e certificazioni attestanti la titolarità dell'avente diritto)

Delego il sig.(Cognome/Nome) _____
al ritiro della documentazione sanitaria del ricovero dal _____ al _____

(data)

(firma del richiedente)