

MODULO

Richiesta copia cartella socio-sanitaria o altra documentazione sanitaria ricompresa nella cartella socio-sanitaria

AI SEGRETARIO/DIRETTORE dell'IPAB
CASA DI RIPOSO "PIETRO ZANGHERI" – FORLÌ

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ (_____)
in Via _____ N. _____
recapito telefonico _____ recapito 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

- a) diretto interessato (titolare della cartella clinica o altra documentazione sanitaria, maggiorenne o minore emancipato)
 - b) genitore esercente la responsabilità genitoriale nei confronti del minore
 - c) affidatario del minore
 - d) tutore
 - e) curatore
 - f) amministratore di sostegno
 - g) erede legittimo
 - h) erede testamentario
 - i) convivente del defunto
 - l) persona in unione civile del defunto
 - m) legale rappresentante
 - n) coniuge o figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, 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)
- _____
- o) delegato
 - p) altro _____
- _____

CHIEDE COPIA DELLA CARTELLA SOCIO-SANITARIA

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

il _____ / _____ / _____ inerente al ricovero avvenuto presso l'Unità Operativa di:

_____ dal _____ al _____

dal _____ al _____
dal _____ al _____

O ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA CONTENUTA NELLA CARTELLA SOCIO-SANITARIA (specificare) _____

in formato cartaceo

in formato elettronico

CHIEDE LA SPEDIZIONE all'indirizzo di seguito indicato previa presentazione di documentazione attestante il pagamento delle spese di riproduzione e postali

al/la Sig./Sig.ra _____ presso il seguente indirizzo

Via _____ n. _____

Località _____ (prov. _____) CAP _____

DELEGA al ritiro il/la Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____ / _____ / _____

PROVVEDERA' PERSONALMENTE AL RITIRO

I dati saranno trattati dall'Azienda, anche con strumenti informatici, per gli adempimenti previsti da Leggi e Regolamenti. Il/la sottoscritto/a ne autorizza il trattamento, compreso quello dei dati sensibili, nel rispetto del Decreto Legislativo 30.06.2003 n. 196 ad Oggetto "Codice in materia dei dati personali".

Data di presentazione della richiesta

Firma leggibile dell'interessato/delegante

Firma leggibile del delegato

ALLEGATI:

Fotocopia fronte-retro del documento di riconoscimento (in corso di validità) del richiedente ove previsto

Fotocopia fronte-retro del documento di riconoscimento (in corso di validità) del delegante/delegato

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà per i casi g); h); i); l)

Provvedimento di nomina per i casi c); d); e); f)

Mandato o procura per il caso m)

Consegnata il _____ Pagamento n. _____ del _____

Firma per ricevuta _____

Spedita il _____ Firma leggibile dell'Operatore _____

MODULO

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà per richiesta copia cartella socio-sanitaria o altra documentazione sanitaria ricompresa nella cartella socio-sanitaria di defunto

(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ (____) in Via _____ N. _____

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

DICHIARA

in relazione all'istanza presentata, di essere

- erede legittimo** _____
- erede testamentario* _____
- persona in unione civile* _____
- convivente* _____

I dati saranno trattati dall'Azienda, anche con strumenti informatici, per gli adempimenti previsti da Leggi e Regolamenti. Il/la sottoscritto/a ne autorizza il trattamento, compreso quello dei dati sensibili, nel rispetto del Decreto Legislativo 30.06.2003 n. 196 ad oggetto "Codice in materia di protezione dei dati personali".

.....,

Firma del dichiarante

.....

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero spedita per posta; consegnata a terzi o inviata per fax, per e-mail unitamente a fotocopia di documento di riconoscimento fronte-retro del sottoscrittore.

(qualifica, cognome, nome del pubblico ufficiale che riceve la documentazione)

- (*) Indicare la relazione di parentela e/o la qualità di erede (coniuge, figlio, in mancanza dei predetti, ascendente legittimo o altro).