

# MODULO DI RICHIESTA/DELEGA PER IL RITIRO DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

Spett.le  
Direzione Sanitaria

**Azienda Speciale Evaristo Almici**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**ALLEGARE copia di un documento di riconoscimento valido del richiedente**

## IN QUANTO

- Intestatario       Familiare (grado di parentela) \_\_\_\_\_  
 Tutore(\*)       Curatore (\*)       Amministratore di sostegno (\*)  
 Erede (che agisce in nome e per conto degli altri coeredi) (\*\*) \_\_\_\_\_

**motivazioni della richiesta** \_\_\_\_\_

**CHIEDE il rilascio**, per gli usi consentiti dalla legge, di:

COPIA CONFORME DELLA CARTELLA CLINICA, IN CARTA LIBERA

CERTIFICATO DI DEGENZA:

con diagnosi     senza diagnosi

in carta libera

in copia conforme e in bollo

COPIA DI ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

specificare: \_\_\_\_\_

in carta libera

in copia conforme e in bollo

relativa alla degenza o ad altra prestazione sanitaria fruita da:

il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_,  
periodo di ricovero \_\_\_\_\_ Nucleo di degenza \_\_\_\_\_

*Il sottoscritto DICHIARA sotto la propria responsabilità di essere a conoscenza di quanto previsto degli artt. 71, 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, sulla responsabilità penale prevista per chi rende false dichiarazioni, sui relativi controlli e sulla conseguente decadenza dei benefici in caso di verifica di dichiarazione non veritiere.*

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

**Documentazione richiesta da allegare per :**

**\* esercitante la rappresentanza legale nei confronti di:**

Nel caso di interdetto o inabilitato:

- copia di un valido documento di identità;

- copia della sentenza attestante il proprio stato di tutore o curatore o copia integrale dell'atto di nascita;

**\*\* essendo legittimo erede di:**

- copia di un valido documento di identità;

- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante la qualità di legittimo erede, la relazione di parentela esistente con il defunto, nonché l'indicazione dei dati anagrafici del defunto.

### DELEGA

Il sottoscritto delega il/la Sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_  
al ritiro della sopra descritta documentazione.  
Documento identità (tipo) \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
**(ALLEGARE copia del documento)**

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

### MODALITÀ DI PAGAMENTO

€ \_\_\_\_\_ per ogni copia di documento . **Totale** da pagare € \_\_\_\_\_  
€ \_\_\_\_\_ per ogni copia di documento + € \_\_\_\_\_ per spese postali. **Totale** da pagare € \_\_\_\_\_

- Riscosso l'importo di € \_\_\_\_\_ - Ricevuta n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ di € \_\_\_\_\_

**Firma dell'addetto** **Firma richiedente**

\_\_\_\_\_

### RITIRO DOCUMENTAZIONE

Il/La Sig./a \_\_\_\_\_  
dichiara di ricevere in data \_\_\_\_\_ la documentazione richiesta .  
Documento identità (tipo) \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
**(ALLEGARE copia del documento)**

FIRMA \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 i dati personali da Lei conferiti con il presente modulo saranno trattati, in modalità cartacea che informatizzata dal nostro personale incaricato, per lo svolgimento di funzioni istituzionali attribuite dalla normativa vigente a questo Ente e, precisamente per le finalità attinenti all'accoglimento della richiesta di accesso. Il conferimento dei Suoi dati è obbligatorio. L'eventuale rifiuto determina l'impossibilità di avviare il procedimento. I dati potranno essere comunicati a soggetti cui tale comunicazione debba essere effettuata in adempimento di un obbligo previsto dalla legge, da un regolamento ovvero disposizioni impartite da Autorità, anche ai fini di controllo della veridicità delle dichiarazioni rese. Resta esclusa la diffusione.

Titolare del Trattamento è: **Azienda Speciale Evaristo Almici**, Via Santuario 3, 25086 Rezzato (BS).

Il Responsabile della protezione dei dati può essere contattato ai seguenti recapiti email: [ufficioprivacy@ealmici.it](mailto:ufficioprivacy@ealmici.it)

Lei potrà in qualsiasi momento esercitare i suoi diritti ai sensi dell'art. 15 e succ del Regolamento, mediante semplice richiesta da rivolgere al Titolare del trattamento.