I.R.C.C.S. Ospedale Galeazzi - Sant'Ambrogio
Gruppo San Donato

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

☐ Interessato *(paziente)*

OPPURE

consapevole delle conseguenze penali in caso di falsa dichiarazione (art. 76 D.P.R. 445/2000), dichiarando di essere, in relazione al paziente intestatario della cartella clinica di cui si richiede l'accesso:

☐ esercente la responsabilità genitoriale

☐ tutore

☐ curatore

☐ amministratore di sostegno

☐ Altra persona avente un diritto della personalità o di 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 *INSERIRE LA MOTIVAZIONE ED ALLEGARE DOCUMENTAZIONE A SUPPORTO*

_____

CHIEDO

il rilascio di copia/e della cartella clinica del paziente *[compilare solo nel caso la richiesta provenga da persona diversa dal paziente intestatario della cartella clinica]:*

NOME E COGNOME _____ NATO A _____ IL _____

Ricoverato presso la struttura dal _____ al _____

La prima copia in formato digitale è gratuita; le successive copie sono a pagamento secondo le tariffe presenti sul sito.

NEL SEGUENTE FORMATO:

☐ ELETTRONICO[1]
e-mail _____ cellulare _____
stampatello leggibile

☐ CARTACEO CON RITIRO ALLO SPORTELLO

☐ CARTACEO CON INVIO AL SEGUENTE DESTINATARIO:

Cognome _____ Nome _____

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

NEL CASO DI PERSONA DIVERSA DAL PAZIENTE sono consapevole che l'Ospedale Galeazzi S.p.A., in qualità di Titolare, tratterà i miei Dati Personali al solo fine di gestire la richiesta da me presentata. L'informativa completa ex art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 è disponibile al link _____ e in formato cartaceo presso il CUP.

Luogo e data

_____

Firma

_____

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

[1] *Se sceglie il formato elettronico Le saranno inviate via e-mail le istruzioni da seguire per procedere autonomamente a scaricare il documento.*

Sistema Sanitario Regione Lombardia