DIREZIONE SANITARIA	Istituto Clinico Villa Aprica Gruppo San Donato	CODICE	M-DS-003
		REVISIONE MODULO	REV 11
		IN Data	01/10/2026

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

MODALITA' DI RICHIESTA:

- Ufficio CASSA: - con documento d'identità e pagamento contestuale alla richiesta (contanti, POS)
- per E-MAIL:- drg.icva@grupposandonato.it, secondo le indicazioni riportate sul sito dell'Istituto Clinico Villa Aprica.
- https://www.grupposandonato.it/strutture/istituto-clinico-villa-aprica/richiesta-documentazione-clinica

Io sottoscritto/a .....

Nato/a il _____/ ___/ _____a .....

Numero di telefono (**Obbligatorio** per comunicazioni) .....

☐ Interessato *(paziente intestatario della documentazione sanitaria)*

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:

☐ Genitore ☐ Tutore ☐ Curatore

☐ Erede ☐ Amministratore di sostegno

☐ Persona avente interesse proprio ai sensi del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, art. 92 comma 2

Allegare motivazione documentata.

Nome e cognome della persona affidata / paziente minorenne.....

Nato/a il _____/ ___/ _____a: .....

- ***NEL CASO DI PERSONA DIVERSA DAL PAZIENTE*** *sono consapevole che l'Istituto Clinico Villa Aprica 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* Informativa privacy paziente Istituto Clinico Villa Aprica.

CHIEDO:

☐ Copia conforme della cartella clinica.

Ricovero dal _____/ ___/ _____al ___/ ___/ _____presso il reparto di .....

NEL SEGUENTE FORMATO:

☐ **ELETTRONICO**[1] *(formato **PDF**)* - (GRATUITA)

[1]*Qualora venga scelto il formato elettronico, le istruzioni per il download della documentazione saranno inviate all'indirizzo e-mail indicato.*

e-mail (obbligatorio) _____**Cellulare**(obbligatorio)_____

stampatello leggibile

☐ **CARTACEO CON RITIRO IN PORTINERIA dal lunedì al venerdì dalle 14.00 alle 19.00** - (€ 32)

☐ **CARTACEO CON SPEDIZIONE POSTA RACCOMANDA**[2] - (€ 40)

[2](al seguente indirizzo, esonerando l'Istituto Clinico Villa Aprica da ogni responsabilità in caso di smarrimento)

Cognome_____Nome_____

Via/Piazza_____CAP_____Citta'_____Prov._____

Indicare l'eventuale nominativo presente sul citofono o sulla casella postale, qualora diverso da quello del paziente

Si allega alla presente richiesta copia fronte/retro del documento di identità del richiedente; qualora il richiedente sia diverso dall'intestatario della documentazione sanitaria, si allega altresì copia del documento di identità di quest'ultimo.

DELEGA AL RITIRO DOCUMENTAZIONE CLINICA IN PRESENZA

IO SOTTOSCRITTO_____

NATO A _____IL_____

RESIDENTE A _____VIA/PIAZZA_____

DELEGO

COGNOME_____NOME_____

NATO A _____IL_____

a ritirare la copia della cartella clinica da me richiesta.

Documenti da allegare:

- Copia del documento d'identità del richiedente
- Copia del documento di identità del delegato al ritiro.

Data: ___/ ___/ _____Firma del Delegante _____

IMPORTANTE: la persona DELEGATA dovrà presentarsi munita di delega sottoscritta dal delegante in originale.

Il delegato dichiara di essere consapevole che l'Istituto Clinico Villa Aprica S.p.A., in qualità di Titolare, tratterà i suoi dati al solo fine di evadere la richiesta. L'informativa completa ex art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 è disponibile sul sito Informativa privacy paziente Istituto Clinico Villa Aprica.

Data: ___/ ___/ _____

Firma del Delegato al ritiro _____

Il delegato dichiara di aver preso visione dell'informativa privacy e di essere consapevole che i propri dati personali saranno trattati esclusivamente per la gestione della presente pratica.