

Il/la sottoscritto/aCF.....

nato/a il...../...../..... a.....prov. (.....)

residente a

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art. 76 D.P.R. 45/2000 **DICHIARA** di essere:

- l' Amministratore di sostegno (allegare copia del provvedimento di nomina del tribunale)
- il Tutore legale (allegare copia del provvedimento di nomina del tribunale)
- l'erede legittimo/ testamentario (allegare documentazione comprovante)

del Sig./Sig.ra..... degente c/o l' U.O.anno.....

(allegare fotocopia non autenticata del documento di identità in corso di validità del sottoscrittore)

RICHIESTE

copia della documentazione, per uso:

- Assicurativo Medico Personale Altro (specificare).....

N° copie cartella clinica **ricovero ordinario** dal.....al.....

N° copie cartella clinica **ricovero diurno/ ambulatoriale** dal.....al.....

N° copie **estratto di cartella clinica ricovero ordinario** dal.....al.....

specificare.....

N° copie di (specificare).....

La copia di cartella clinica /documentazione sanitaria sarà:

- ritirata personalmente c/o l'Ufficio Accettazione Ricoveri-Piano rialzato dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 17.30, il sabato dalle ore 8.30 alle ore 12.30
- ritirata dal Sig./Sig.ra delegato/a dal sottoscritto/a, previa esibizione di documento di identità valido e di fotocopia di documento d'identità valido del delegante.
- spedita in contrassegno all'indirizzo di residenza o al seguente indirizzo

DICHIARA consapevolmente di accettare che:

- il recapito della documentazione sia effettuato **entro 40 giorni lavorativi** dalla data di richiesta
- in caso di spedizione, la stessa avvenga secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal codice postale
- la consegna a mezzo posta, avvenga in busta chiusa sulla quale sia riportato nome, cognome, indirizzo del paziente, la dicitura **RISERVATA PERSONALE, anche a persona diversa dal destinatario** presente all'indirizzo indicato (familiare, convivente, ecc.).

Per la consegna della documentazione a domicilio o ad altro indirizzo, **si autorizza** la Casa di Cura Giovanni XXIII all'utilizzo dei dati personali (D.Lgs. 196/2003 codice della Privacy) **liberandola** da ogni responsabilità in merito alla consegna.

È ammessa la presentazione della domanda anche tramite

Fax: 0422 896 480 ; via mail: esternicopiacartelle@giovanni23.it ,a mezzo posta all'indirizzo: Casa di Cura Giovanni XXIII; Via Giovanni XXIII n. 7, 31050 Monastier di Treviso-TV.

Data della richiesta...../...../..... Firma del Richiedente.....

(Parte riservata all'Ufficio Cartelle Cliniche)

Data produzione copia/...../..... firma operatore

Data ritiro/...../..... firma operatore

oppure

Data spedizione/...../..... firma operatore