

Il/la sottoscritto/a ..... CF.....  
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, liberando SOGEDIN S.p.A. da ogni responsabilità in merito alla consegna, di **accettare** che:

- il rilascio della documentazione sia effettuato **entro 7 giorni lavorativi** dalla richiesta. Le eventuali integrazioni saranno rilasciate **entro 30 giorni lavorativi** dalla 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.)

*Sogedin S.p.A. - gestione Casa di Cura Giovanni XXIII e Sogedin S.p.A. Centro Medico Specialistico - in qualità di titolare del trattamento, comunica che tratterà i dati per le finalità correlate all'erogazione del presente servizio e in conformità con la disciplina in materia di protezione dei dati personali: per tutti i dettagli, si invita a prendere visione del documento informativo dedicato, affisso nei locali dell'azienda e consultabile anche sul sito [www.giovanni23.it/privacy](http://www.giovanni23.it/privacy)*

È ammessa la presentazione della domanda anche tramite:

Fax: 0422 896 480 ; via mail: [esternicopiacartelle@giovanni23.it](mailto: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 .....