



## MODULO DI RICHIESTA DI SPEDIZIONE CARTELLA CLINICA (a pagamento)

Io sottoscritto COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_  
E-MAIL \_\_\_\_\_ N. CELL. \_\_\_\_\_

**In qualità di:**

- 1) Intestatario (Titolare della cartella clinica)
- 2) Erede legittimo dell'interessato (art. 536 c.c.)
- 3) Esercente la potestà genitoriale nei confronti dell'intestatario in qualità di madre
- 4) Esercente la potestà genitoriale nei confronti dell'intestatario in qualità di padre
- 5) Legale rappresentante/Tutore/Curante dell'intestatario
- 6) Difensore per svolgimento di indagini per procedimenti penali in corso

Indicare il titolare della cartella clinica da compilare SOLO se il richiedente di cui 2), 3), 4), 5), 6) è diverso dal titolare

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

Richiedo la cartella clinica formato cartaceo in copia conforme all'originale del seguente ricovero:

Reparto	Data di ingresso	Data dimissioni	N° copie

MOTIVO DELLA RICHIESTA \_\_\_\_\_

7) Autorizzo la spedizione della cartella clinica tramite raccomandata al seguente indirizzo:

DESTINATARIO \_\_\_\_\_  
VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N. CIVICO \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

**ATTENZIONE:** il recapito della suddetta documentazione sanitaria avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dalla raccomandata Postale, che prevede la consegna della Posta Raccomandata anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc.). In assenza del destinatario, o di persona presente al domicilio, la documentazione potrà essere ritirata presso l'ufficio postale indicato nell'avviso di giacenza. Trascorsi 30 giorni, la documentazione sarà rispedita al mittente e in tal caso riceverà un'e-mail di comunicazione in cui sono specificate le modalità per il nuovo ritiro.

- 8) Autorizzo l'invio di SMS per ricevere gli estremi relativi alla spedizione raccomandata al cellulare indicato.
- 9) Autorizzo l'invio di E-MAIL per comunicazioni inerenti alla spedizione raccomandata all'indirizzo indicato.
- 10) Dichiaro di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

Dichiaro di aver letto, compreso ed accettato i Termini del servizio spedizione e l'Informativa Privacy.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del richiedente (anche per attestazione dei punti da 1 a 10)