



Io sottoscritto COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_ FAX o E-MAIL \_\_\_\_\_

In qualità di:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Intestatario                                  | <input type="checkbox"/> Erede dell'Intestatario           |
| <input type="checkbox"/> Esercente la patria potestà sull'Intestatario | <input type="checkbox"/> Tutore/Curatore dell'Intestatario |

**Dati dell'Intestatario** (non compilare se intestatario della documentazione)

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** allegare **fotocopia controfirmata di un documento di riconoscimento** fronte/retro dell'intestatario, nonché le certificazioni di legge attestanti la titolarità del richiedente se diverso dall'intestatario.

Nei seguenti casi è obbligatorio produrre le seguenti certificazioni:

- **Erede dell'Intestatario:** *produrre stato di famiglia integrale con delega di tutti gli eredi e rispettivi documenti di riconoscimento;*
- **Tutore/Curatore dell'Intestatario:** *produrre documento di affidamento del Tribunale o dichiarazione sostitutiva di certificazione.*

Il pagamento di quanto dovuto avverrà:

- Contestualmente alla richiesta, se questa viene effettuata allo sportello;

**IN ASSENZA DI ALLEGATI LA RICHIESTA NON SARÀ EVASA**

Richiedo il rilascio di cartella clinica in copia:  Cartacea autenticata

Ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Chiedo che la consegna della documentazione avvenga secondo le seguenti modalità:

- Ritiro allo sportello

1. Io sottoscritto 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.
2. Io sottoscritto dichiaro consapevolmente di accettare che il recapito della suddetta documentazione sanitaria avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal codice postale, che prevede la consegna della posta anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc).
3. Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del GDPR regolamento 679/2016, io sottoscritto dichiaro di essere informato che il trattamento dei dati personali sarà effettuato anche con mezzi informatici ai fini del presente procedimento e che il titolare del trattamento dei dati è la Casa di Salute S. Lucia Srl.

\_\_\_\_\_  
FIRMA (Anche per attestazione dei punti 1,2 e 3)



**DELEGA**

**(da utilizzare per il ritiro allo sportello)**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di

intestatario

avente diritto

**(allegare copia controfirmata documento e certificazioni attestanti la titolarità dell'avente diritto)**

Delego il sig.(Cognome/Nome) \_\_\_\_\_

al ritiro presso lo sportello della documentazione sanitaria sotto descritta:

Data Ricovero: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
FIRMA