

PERSONA CHE RICHIEDE LA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

Il/La sottoscritto/a Cognome..... Nome.....

C.F.

Nato/a a..... Il...../...../.....

Residente a in via

Tel..... email

INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Sig/a Cognome..... Nome.....

Nato/a..... il...../...../..... Tel.....

Ricoverato presso il reparto di:

Periodo dal...../...../..... al

Il richiedente:

1. E' consapevole ai sensi dell'art.76 D.P.R 445/2000 che in caso di dichiarazioni mendaci accertate dall'Amministrazione verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 71 e 72 D.P.R. 445/2000).
2. E' consapevole che il trattamento dei dati personali è disciplinato dal Regolamento UE 2016/679.
3. E' a conoscenza che il ritiro può essere effettuato dal titolare o da altra persona con delega, munita dei documenti dell'interessato e del delegato in originale e fotocopia.
4. E' a conoscenza che in caso di persone decedute la documentazione può essere ritirata solo dagli eredi dimostrabili in atti (atto notorio).
5. Dichiaro di essere consapevole che il costo della cartella clinica è di **€ 30,00 (trenta/00)**
6. Dichiaro che il pagamento deve essere effettuato al momento della richiesta della cartella clinica. Sarà premura del richiedente conservare la ricevuta del pagamento ed esibirla al momento del ritiro della cartella clinica. Il richiedente è inoltre a conoscenza che la copia della cartella clinica è disponibile al ritiro per un anno (**365 gg**) dopodichè viene distruetta senza diritto al rimborso.
7. E' consapevole che per l'elaborazione della copia della cartella clinica l'amministrazione si riserva un tempo pari a 30 giorni lavorativi. E' inoltre stato informato che nel caso in cui, al momento della richiesta della copia della cartella clinica, la stessa fosse ancora "amministrativamente chiusa", i 30 giorni lavorativi partiranno dalla data di chiusura della stessa.

Il ritiro della documentazione richiesta potrà essere effettuato direttamente presso i nostri uffici, previa nostra comunicazione.

Data richiesta:/...../.....

Data ritiro:/...../.....

Firma

Firma