

	MODULO A Richiesta copia cartella clinica o altra documentazione sanitaria	Rev. 01 01.01.2026
---	---	-----------------------

Alla DIREZIONE _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ (____), in Via _____ tel. _____

consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia; consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione e consapevole altresì che ove i suddetti reati siano commessi per ottenere la nomina a un pubblico ufficio, possono comportare, nei casi più gravi, l'interdizione temporanea dai pubblici uffici, sotto la propria responsabilità

IN QUALITÀ DI

- a) erede legittimo o erede testamentario
- b) familiare con delega dell'interessato
- c) altro (indicare il soggetto e la qualifica) _____

CHIEDE

ai sensi dell'art. 15 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), in qualità di soggetto legittimato.

☐ **COPIA DELLA CARTELLA CLINICA** del/la Sig./Sig.ra _____
dal _____ al _____

☐ **ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**
(specificare) _____

Ai fini della consegna si chiede che avvenga:

☐ PROVVEDERA' PERSONALMENTE AL RITIRO.

☐ Invio in formato elettronico tramite PEC all'indirizzo: _____

☐ Invio tramite e-mail ordinaria all'indirizzo: _____

☐ con esonero di responsabilità per rischi connessi alla trasmissione non cifrata

☐ mediante SPEDIZIONE cartacea all'indirizzo di seguito indicato previo pagamento delle spese postali:

Sig.ra/Sig. _____ Via _____ n. _____
Località _____ (prov. _____) CAP _____

I dati personali saranno trattati dall'Azienda, in qualità di Titolare del trattamento, esclusivamente per la gestione della presente richiesta, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679. L'informativa completa è disponibile sul sito istituzionale o presso gli uffici..

Data .../.../.....

Firma leggibile _____

ALLEGATI:

- Autodichiarazione di erede (se erede);
- Delega firmata e documenti (se familiare delegato).



MODULO A

**Richiesta copia cartella clinica o altra
documentazione sanitaria**

Rev. 01

01.01.2026

DELEGA PER RICHIESTA E RITIRO DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/La sottoscritto/a

Nome e Cognome: _____

nato/a a: _____ **il** _____

residente in: _____

C.F.: _____

documento d'identità: _____ **n.** _____ **rilasciato da** _____

il _____

in qualità di intestatario della documentazione sanitaria

DELEGA

il/la Sig./Sig.ra

Nome e Cognome: _____

nato/a a: _____ **il** _____

residente in: _____

C.F.: _____

documento d'identità: _____ **n.** _____ **rilasciato da** _____

il _____

a richiedere e ritirare

la seguente documentazione sanitaria:

.....

Data

Firma leggibile _____