

**RICHIESTA DI COPIA
CARTELLA CLINICA/DOCUMENTAZIONE SANITARIA DIARIO CLINICO SANITA'
PENITENZIARIA/ALTRO**

Io sottoscritto,

Nome.....Cognome.....nato/a il.....a.....

Prov.....residente in.....Prov.....Via.....n.....

C.A.P.....Tel.....in qualità di :

- ☐ intestatario ☐ delegato dell'avente diritto ☐ ** genitore esercente la patria potestà ☐ **tutore ☐ **curatore
☐ **amministratore di sostegno ☐ ** legale avente diritto ☐ **erede ☐ ** coniuge, unito civilmente o convivente

di fatto

CHIEDO

- ☐ **COPIA EX ART. 15 Reg. EU 2016/679 (GDPR)** per verificare se le informazioni contenute nella documentazione richiesta sono esatte, complete e comprensibili (ai sensi dell'art.15 Regolamento UE 2016/679, come stabilito dalla sentenza della Corte di giustizia dell'Unione europea 307-22/2023)
- ☐ **COPIA PER FINALITA' DIVERSE DALL'ART. 15 Reg EU (GDPR)-** per una finalità differente che non rientra nella precedente (ad esempio: finalità assicurativa, richiesta di secondo parere, consulto medico, ecc.)
- ☐ **COPIE SUCCESSIVE** (Prima copia consegnata in data.....)

della seguente documentazione clinica intestata a: ☐ me medesimo ☐ ovvero a :

Nome.....Cognome.....nato/a il.....

a.....Prov.....residente in.....Prov.....

Via/Piazza.....n.....C.A.P.....

Tipologia documentazione	Ospedale/U.O/ Distretto Sanitario	Data di effettuazione
Cartella clinica		
Referto P.S		
CD		
Diario Clinico Sanità Penitenziale		
Documentazione Territoriale.....		
Altro.....		
Altro.....		

E che la predetta documentazione mi venga rilasciata con:

- ☐ **procedura ordinaria (entro 7 giorni dalla richiesta)**
☐ **procedura non di urgenza (entro 30 giorni dalla richiesta)**

e che la stessa venga

☐ spedita..... a :

Nome.....Cognome.....Via/Piazza.....
.....n.....Comune.....Prov.....C.A.P.....
tel.....

☐ consegnata personalmente

☐ a mio delegato (allego delega)

Il sottoscritto ai sensi del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazioni a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

(data e luogo)

Firma

* Delega allegata corredata del documento d'identità del delegante e delegato

** Dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante il relativo status

AVVERTENZE

Solo la consegna della prima copia della documentazione sanitaria è a titolo gratuito (salvo costi spedizione), se richiesta ex art. 15 Reg Eu 2016/679 (GDPR) per verificare se le informazioni in essa contenute sono esatte, complete e comprensibili (ai sensi dell'art.15 Regolamento UE 2016/679, come stabilito dalla sentenza della Corte di giustizia dell'Unione europea 307-22/2023)

La consegna di copie per finalità diverse dall'art. 15 REG EU 2016/679 (GDPR) che non rientra nella precedente (ad esempio: finalità assicurativa, richiesta di secondo parere, consulto medico, ecc.) e ulteriori copie della documentazione sanitaria già rilasciata a qualunque titolo è subordinata al pagamento di una somma, a titolo di rimborso spese e alla spesa di spedizione (se ed in quanto richiesta)