



CASA DI CURA
VILLA GEMMA
POLIAMBULATORIO
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI



CASA DI CURA
VILLA BARBARANO
POLIAMBULATORIO
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

RICHIESTA RILASCIO COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a nato a il
residente in Via n. Comune
(.....) CAP Telefono doc. identità n.
rilasciato il da
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell'art. 46 e dell'art. 76 del DPR n. 445/2000, in qualità di (barrare la voce di interesse)

- ☐ diretto interessato, se maggiorenne
- ☐ esercente la responsabilità genitoriale sul minore di seguito identificato (*)
- ☐ tutore o curatore o amministratore di sostegno di persona incapace di intendere e volere di seguito identificata (*)
- ☐ erede legittimo o testamentario del soggetto di seguito identificato (*)
- ☐ legale rappresentante, munito di idoneo mandato o procura, del soggetto di seguito identificato (*)

(*) nome e cognome paziente nato/a il

CHIEDE

- ☐ il rilascio di n. copia della cartella clinica:
C/C N° dal al Reparto
C/C N° dal al Reparto
C/C N° dal al Reparto
- ☐ il rilascio della seguente documentazione sanitaria

presso: ☐ VILLA GEMMA ☐ VILLA BARBARANO

DICHIARANDO

- ☐ di ritirare personalmente

di delegare il/la sig./sig.ra nato/a il a
doc. identità n. rilasciato il da

- ☐ alla presentazione della richiesta e/o al ritiro della documentazione stessa
- ☐ di chiedere invio per posta della documentazione, con costi a carico del destinatario

(ritiro diretto addebito € 25,00 – se invio postale i costi sono a carico del destinatario)

Dichiara, infine, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 Regolamento Europeo (UE) 2016/679 GDPR, che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

Data Firma del richiedente.....

Avvisato paziente per ritiro il.....

Ritirata il..... Firma.....

M-ACC-RIC-08 rev. 10 del 02/03/26

