



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 ricevere la documentazione a mezzo e-mail al seguente indirizzo: .....
- ☐ di chiedere invio per posta della documentazione, versando il costo di € 15,00 per spedizione con Poste Italiane mediante bonifico bancario.

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. 12 del 14/07/2026

