

MODULO RICHIESTA COPIA CARTELLA SANITARIA

**Spett.le Fondazione OIC Onlus
Alla c.a. della Direzione Sanitaria**

La/Il sottoscritta/o _____,

nata/o il _____ a _____

residente a _____ Prov. (_____)

in Via/Piazza _____ n. _____

Recapito telefonico: _____

E-mail/Pec: _____

Documento di identità: carta di identità passaporto patente numero: _____

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.p.r. del 28.12.2000 n. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità,

DICHIARA

di essere (barrare la voce che interessa):

- TITOLARE
- TUTORE/CURATORE/ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO del titolare e munito dei poteri previsti nello specifico provvedimento di nomina del Tribunale;
- CONVIVENTE DEL TITOLARE
- DELEGATO DEL TITOLARE
- EREDE LEGITTIMO/ TESTAMENTARIO IN QUANTO:

CONIUGE; FIGLIO; ALTRO: _____;

- ALTRO (SPECIFICARE):

CHIEDE

- COPIA DELLA CARTELLA SANITARIA

DATI DELL'INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE

COGNOME.....NOME.....

NATA/O ILA.....PROV.....

RESIDENTE PRESSO LA RESIDENZA*.....

* Se l'ospite/paziente ha soggiornato in più Residenze o nella stessa Residenza ma in unità di offerta diverse si devono compilare più moduli

Data _____

Firma _____

La/Il sottoscritta/o acconsente che i propri dati personali siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del 27 aprile 2016 e del D.lgs. n. 196/2003.

ISTRUZIONI PER LA PRESENTAZIONE DELLA RICHIESTA

- Compilare l'apposito modulo di richiesta;
- Allegare copia di un documento di identità in corso di validità del richiedente.
Se il richiedente è un delegato del titolare, occorre allegare un documento di identità in corso di validità sia del richiedente (delegato) sia del titolare (delegante).
- Allegare evidenza del pagamento secondo la tabella sotto riportata:

Permanenza presso la struttura meno di 1 anno	€ 60,00
Permanenza presso la struttura da 1 fino a 3 anni	€ 80,00
Permanenza presso la struttura da 3 fino a 5 anni	€ 110,00
Permanenza presso la struttura oltre 5 anni	€ 160,00

Il pagamento delle spese di segreteria può essere effettuato, a scelta del richiedente, tramite:

- versamento sul CC Postale n. 12732350, intestato alla Fondazione Opera Immacolata Concezione Onlus;
- bonifico bancario sul conto IBAN: **IT 17 X 03069 09606 100000006832** intestato alla Fondazione Opera Immacolata ConcezioneOnlus.

In entrambi i casi, occorre indicare la seguente **CAUSALE**, specificando i dati indicati tra parentesi:

*“Richiesta documentazione sanitaria di: Sig.ra/Sig. _____ (Nome e cognome)
____ Nato il _____ Residenza/e di _____ (inserire sede)”.*

- Inviare la richiesta unitamente ai **TUTTI I DOCUMENTI** sopra indicati alla *e-mail* del Direttore di Sede e/o del Coordinatore di Sede e/o del Coordinatore Infermieristico.

MODALITA' DI RITIRO DELLA CARTELLA SANITARIA

- La documentazione dovrà essere ritirata presso la Residenza (utilizzo di CD ROM) previo appuntamento con il Direttore di sede e/o Coordinatore di sede e/o Coordinatore Infermieristico.
- Se chi ritira è persona diversa da chi ha presentato la richiesta, occorre:
 - a. compilare modulo delega sottostante;
 - b. esibire copia di un documento di identità in corso di validità sia del richiedente sia di chi ritira copia della documentazione.

Ai fini del ritiro, delego la seguente persona:

La Sig.ra/Il Sig. _____ nata/o il: _____
a _____ Prov.(_____) _____
residente a _____ Prov. (_____) in via _____.

Firma leggibile del delegante: _____

PRESENTARSI PRESSO LA RESIDENZA CON COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL DELEGATO E DEL DELEGANTE

La/il sottoscritta/o dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritieri e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445.

- Il mancato ritiro entro 120 giorni dalla data stabilita per la consegna comporterà l'eliminazione della copia prodotta con trattenuta delle spese sostenute per la riproduzione, anticipate dal soggetto richiedente.

La/il sottoscritta/o acconsente che i propri dati personali siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del 27 aprile 2016 e del D.lgs. n. 196/2003.

Data _____

Firma _____