

MODULO RICHIESTA COPIA CARTELLA SANITARIA

Spett.le Fondazione OIC

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 (entro il 6° grado)/ 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.....DAL.....AL.....
- RESIDENTE PRESSO LA RESIDENZA.....DAL.....AL.....
- RESIDENTE PRESSO LA RESIDENZA.....DAL.....AL.....

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 e trasmettere l'apposito modulo di richiesta;
- Compilare e trasmettere la dichiarazione sostitutiva in caso di richiesta da parte del tutore, curatore o ADS;
- Allegare dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà in caso di erede;
- 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 di 40,00 euro per spese di segreteria.

Il pagamento può essere effettuato, a scelta del richiedente, tramite:

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

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.

MODULO RICHIESTA COPIA CARTELLA SANITARIA

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 veritiere 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 _____