

☐ P.O. G. Rodolico

☐ P.O. San Marco

### MODULO RICHIESTA/RITIRO COPIA CARTELLA CLINICA

Il/la sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_  
documento di riconoscimento n° \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

*Ai sensi dell'art 47 del DPR 445/2000 (Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà), sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali che la legge prevede in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 del DPR n° 445/2000.*

#### DICHIARA

di essere:

☐ **Titolare** della documentazione sanitaria (se maggiorenne), di cui si chiede copia/ritiro;

☐ **Legittimato a richiedere / ritirare** la copia della cartella clinica / documentazione sanitaria di:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

in qualità di:

☐ Genitore esercente la responsabilità genitoriale ovvero genitore affidatario del minore suindicato;

☐ Tutore/Curatore del soggetto suindicato. In tal caso specificare ATTO n. \_\_\_\_\_

del \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

☐ Delegato (allegare atto di delega e copia documento di identità del delegato e del delegante)

☐ Erede del Sig./Sig.ra COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ deceduto

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, (specificare il grado di parentela ☐ coniuge ☐ figlio ☐ ascendenti ☐ altro: \_\_\_\_\_)

☐ Altro soggetto titolare di un interesse giuridicamente tutelato collegato ai documenti richiesti (allegare alla presente istanza una dichiarazione o un documento che dimostri l'esistenza di tale interesse)

#### CHIEDE

☐ Prima copia

☐ Ulteriore copia

della documentazione sanitaria relativa a:

☐ **Ricovero ordinario**

☐ **Ricovero DH/DS**

☐ **Day Service**

☐ **Accesso al Pronto Soccorso**

- U.O. \_\_\_\_\_ Periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

- U.O. \_\_\_\_\_ Periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

- U.O. \_\_\_\_\_ Periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

☐ Chiede, inoltre, **copia CD/DVD** degli esami di diagnostica per immagini relativi al proprio ricovero

#### AUTORIZZA il rilascio della suddetta documentazione

☐ In copia cartacea da ritirare presso lo sportello

☐ In copia cartacea a mezzo raccomandata al seguente indirizzo:

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

☐ In copia, formato pdf, all'indirizzo **PEC** \_\_\_\_\_

(Nel caso di rilascio a soggetto diverso dall'intestatario, è obbligatorio presentare il modulo di delega e copia dei documenti di identità)

*Il sottoscritto/a è pienamente consapevole delle responsabilità civile/penale che si assume con il ritiro della documentazione predetta, vincolato/a dal segreto di riservatezza.*

*Si allega alla suddetta richiesta, copia di valido documento di identità.*

**Il Dichiarante**

Catania, \_\_\_\_\_

*Il sottoscritto/a dichiara a tale scopo di avere preso visione del documento "Richiesta di copia di documentazione sanitaria – Informativa sul trattamento dei dati" ed autorizza, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del R.E. 2016/679, l'amministrazione dell'AOU Policlinico "G. Rodolico – S. Marco" di Catania al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e formati successivamente, per le finalità espresse.*

*Inoltre è consapevole che, trascorso un anno dalla richiesta e riproduzione, le cartelle cliniche non ritirate verranno eliminate.*

**Il Dichiarante**

Catania, \_\_\_\_\_