



OSPEDALE EVANGELICO INTERNAZIONALE

ENTE ECCLESIASTICO CIVILMENTE RICONOSCIUTO

16122 GENOVA - CORSO SOLFERINO, 1A - TEL. 010 55221
Sede Legale: Salita Superiore S. Rocchino, 31A - 16122 Genova

SEDE DI CASTELLETTO
Corso Solferino, 1A - 16122 GENOVA

PRESIDIO DI VOLTRI
Piaz.le E. Gianasso, 4 - 16158 GE-VOLTRI

RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA N. _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____ CAP _____ Tel./Cell. _____

in qualità di **Paziente** **Erede Legittimo*** **Genitore di minore**** **Altro****

*Per richiedere/ritirare copia della documentazione sanitaria di pazienti deceduti occorre che i legittimari forniscano autocertificazione ai sensi dell'art 46 dei D.P.R. 445/00.
**i richiedenti dovranno documentare con apposita documentazione il diritto a ricevere copia della documentazione sanitaria.

RICHIEDE per

se stesso

persona diversa

Nome _____ Cognome _____ nato/a a _____

il _____ residente a/già residente a _____ Via _____

in caso di persona deceduta: data decesso _____

il rilascio di:

copia di cartella clinica

dal _____ al _____ presso S.C./S.S. _____

dal _____ al _____ presso S.C./S.S. _____

dal _____ al _____ presso S.C./S.S. _____

copia del Referto di P.S. del giorno _____

copia di esami diagnostici di _____ del _____

altra documentazione _____

Luogo e Data _____ **Firma del/della richiedente** _____

MODALITÀ DI RITIRO

personalmente allo sportello persona delegata

spedizione all'indirizzo (raccomandata A/R con spese a carico del destinatario) _____

spedizione via PEC personale all'indirizzo _____

IN CASO DI DELEGA AL RITIRO

Il/La sottoscritto/a _____ delego al ritiro della documentazione sanitaria richiesta

il Sig. / la Sig.ra _____ nato/a il ____/____/____ a _____

esonorando nel contempo questa Amministrazione da qualunque responsabilità connessa al rilascio della predetta documentazione (al momento del ritiro dovrà essere allegata alla richiesta copia del documento di identità del richiedente e della persona delegata)

Luogo e Data _____ **Firma del/della delegante** _____

RITIRO DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il Sig. / la Sig.ra _____ Paziente / delegato / aventi diritto avvisato telefonicamente

Dichiara di aver ritirato in data odierna quanto sopra richiesto in data _____

Luogo e Data _____ **Firma** _____

Firma dell'Operatore addetto alla consegna _____

Il richiedente verrà avvisato telefonicamente circa la data in cui potrà ritirare la documentazione richiesta. La documentazione deve essere ritirata entro **30 giorni** dall'avviso di giacenza. Trascorso tale termine senza che le copie richieste siano state ritirate, la documentazione sarà distrutta e il **costo comunque addebitato**, ai sensi dell' art. 5, punto 8 della L. 407/1990.

I dati contenuti in questo documento saranno trattati in conformità a quanto prescrive la Legge sul trattamento dei dati personali e le disposizioni attuative della medesima Legge (D.Lgs 196/2003 e successive modifiche). Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs 196/2003 come modificato da D.Lgs 101/2018.