

MODELLO PER LA RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

AL DIRETTORE SANITARIO DEL POLIAMBULATORIO PENTAVIS S.R.L.

Consapevole delle responsabilità previste dall'art.76 D.P.R.445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci:

IL RICHIEDENTE (solo se diverso dall'intestatario della documentazione)

(scrivere in stampatello)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Residente _____ Prov _____

Via _____ N° _____ Cap. _____ Telef. _____

In qualità di ☐ genitore ☐ coniuge ☐ figlio ☐ erede ☐ altro _____

IL TITOLARE DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA

(scrivere in stampatello)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Residente _____ Prov _____

Via _____ N° _____ Cap. _____ Telef. _____

CHIEDE IL RILASCIO DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA RELATIVA ALLE PRESTAZIONI:

☐ CHIEDE RITIRO PRESSO LA SEGRETERIA DEL POLIAMBULATORIO (PREVIO PAGAMENTO DI SPESE DI SEGRETERIA PARI A €20+IVA)

FIRMA DELL'INTESTATARIO _____

FIRMA DEL DELEGATO _____

Allegare **fotocopia documento di identità** (fronte retro) in corso di validità del richiedente e dell'intestatario della documentazione sanitaria.

Ai sensi del D.Lgs. 30/06/03 n°196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" si informa che i dati personali contenuti nella presente istanza saranno trattati al solo fine dell'evasione della richiesta stessa in forma cartacea e informatizzata in modo da assicurare la tutela e la riservatezza dei diritti del richiedente che potrà rivolgere istanza per far valere i propri diritti ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 al responsabile del trattamento dei dati personali nella figura del Direttore Sanitario di Pentavis SRL

Data _____ FIRMA _____ Al momento

del ritiro:

Data _____ FIRMA _____

