**MODULO PER LA RICHIESTA**

**DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **in qualità di** | | |
| |\_\_| paziente | |\_\_| padre | |\_\_| madre |
| |\_\_| tutore | |\_\_|curatore | |\_\_| amministratore di sostegno |
| |\_\_| convivente | |\_\_| altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **in qualità di** | | |
| |\_\_| paziente | |\_\_| padre | |\_\_| madre |
| |\_\_| tutore | |\_\_|curatore | |\_\_| amministratore di sostegno |
| |\_\_| convivente | |\_\_| altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

|  |  |
| --- | --- |
| **del/della paziente (solo se diverso dal richiedente)** | |
| Cognome |  |
| Nome |  |
| Data di nascita |  |
| Residenza |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **in carico presso il Centro di Riabilitazione Funzionale in regime** | |
| |\_\_| Ambulatoriale | |\_\_| Domiciliare |

**CON LA PRESENTE RICHIEDE**

|  |  |
| --- | --- |
| **√** | **Descrizione** |
|  | Certificato di frequenza per il periodo estivo; |
|  | Relazione clinica per pazienti in carico in regime convenzionato (al costo di euro 90,00 e con decorrenza di consegna non inferiore a giorni 30); |
|  | Relazione clinica per pazienti in carico in regime di solvenza (con decorrenza di consegna non inferiore a giorni 30); |
|  | Che la documentazione sanitaria sia inviata al seguente indirizzo di posta elettronica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Certificazione con indicazione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  per uso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; |
|  | Copia cartella clinica (al costo di euro 15,00, da pagare contestualmente alla richiesta e per copie fino a 100 pagine; per un numero di pagine superiore, i costi saranno rispettivamente proporzionali al numero di pagine) e con tempi di consegna non inferiori a giorni 30; |
|  | Che la consegna della documentazione clinica sia effettuata al/alla sig. / sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_da me autorizzata al ritiro della stessa; |
|  | Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; |
|  | Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; |

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

*Firme*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| ***SPAZIO RISERVATO A ISTITUTO SANTA CHIARA ROMA SRL*** |
| **PER RICEVUTA** |
| Data \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Istituto Santa Chiara Roma srl* |

Il sottoscritto DICHIARA sotto la propria responsabilità di essere a conoscenza di quanto previsto degli artt. 71, 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, sulla responsabilità penale prevista per chi rende false dichiarazioni, sui relativi controlli e sulla conseguente decadenza dei benefici in caso di verifica di dichiarazione non veritiere. Di prendere atto dell’informativa sul trattamento dei dati personali di seguito descritta con riguardo al presente procedimento.

I suoi dati verranno trattati esclusivamente per le finalità nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. I suoi dati verranno trattati manualmente e con strumenti informatici, si ricorda che è obbligatorio fornire il consenso al trattamento dei suoi dati, in caso contrario non potrà essere espletata la sua richiesta. I suoi dati verranno comunicati, qualora necessario, a soggetti interessati, per adempimenti previsti dalla normativa vigente, non verranno diffusi né trasferiti all’estero. Lei potrà esercitare i diritti previsti dal Regolamento Europeo Privacy GDPR 679/2016, rivolgendosi al titolare del trattamento Istituto Santa Chiara Roma S.r.l., con sede legale in Roma, via Properzio n. 6, CF/PIVA 15423901006; e-mail: ladispoli@istitutosantachiara.it o al Responsabile per la Protezione dei Dati (DPO) all’indirizzo mail: dpo@consulenzarampino.it

Ai sensi degli artt. 13 GDPR 679/2016, dichiara di acconsentire al trattamento dei dati personali forniti con riguardo al presente procedimento.

Data \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Firme \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_