



MODULO PER LA RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____, residente a _____ in via _____

in qualità di		
<input type="checkbox"/> paziente	<input type="checkbox"/> padre	<input type="checkbox"/> madre
<input type="checkbox"/> tutore	<input type="checkbox"/> curatore	<input type="checkbox"/> amministratore di sostegno
<input type="checkbox"/> convivente	<input type="checkbox"/> altro _____	

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____, residente a _____ in via _____

in qualità di		
<input type="checkbox"/> paziente	<input type="checkbox"/> padre	<input type="checkbox"/> madre
<input type="checkbox"/> tutore	<input type="checkbox"/> curatore	<input type="checkbox"/> amministratore di sostegno
<input type="checkbox"/> convivente	<input type="checkbox"/> altro _____	

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

in carico presso il Presidio di Riabilitazione Funzionale in regime			
<input type="checkbox"/> Residenziale	<input type="checkbox"/> Semiresidenziale	<input type="checkbox"/> Ambulatoriale	<input type="checkbox"/> Domiciliare
<input type="checkbox"/> regime di solvenza		<input type="checkbox"/> Altro _____	

CON LA PRESENTE RICHIEDE

<input checked="" type="checkbox"/>	Descrizione
<input type="checkbox"/>	Certificato di frequenza per il periodo estivo;
<input type="checkbox"/>	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);
<input type="checkbox"/>	Relazione clinica per pazienti in carico in regime di solvenza (con decorrenza di consegna non inferiore a giorni 30);
<input type="checkbox"/>	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 (se consentito dalla natura del supporto i.e.) documentazione sanitaria sia inviata al seguente indirizzo di posta elettronica: _____
	Certificazione con indicazione di _____ per uso _____;
	Che la consegna della documentazione clinica sia effettuata al/alla sig. / sig.ra _____, nato/a a _____ il _____ da me autorizzata al ritiro della stessa, come da delega da compilarsi di seguito;
	Altro _____; _____;
	Altro _____; _____;

Data ____/____/____

Firme

SPAZIO RISERVATO A ISTITUTO SANTA CHIARA SRL	
PER RICEVUTA	
Data ____/____/____	
Firma _____	<i>Istituto Santa Chiara srl</i>

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 S.r.l., con sede legale in Lecce (LE), via Campania n. 5, CF/PIVA 03625370758; e-mail: segreteria@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 _____

Totale da pagare:

- € per tutte le tipologie di cartelle cliniche (spese di spedizione a carico del richiedente)



MODULO DI RICHIESTA/DELEGA PER IL RITIRO DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

RITIRO DOCUMENTAZIONE

Il/La Sig./a _____

dichiara di ricevere in data _____ la documentazione richiesta.

Documento identità (tipo) _____ N° _____

rilasciato da _____ il _____

(ALLEGARE copia del documento)

FIRMA _____

DELEGA

Il sottoscritto delega il/la Sig./ra _____

nato/a a _____ il _____ residente a

_____ in via/piazza _____

n. _____, tel. _____ C.F. _____

al ritiro della sopra descritta documentazione.

Documento identità (tipo) _____ N° _____

rilasciato da _____ il _____

(ALLEGARE copia del documento)

Data _____

FIRMA DEL DELEGANTE _____

Data _____ FIRMA _____

Il rilascio della copia richiesta avverrà il/...../.....