

REVISIONE	DATA	DESCRIZIONE REVISIONE	REDAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE
REV. 0	18/07/24	PRIMA EMISSIONE	DS	AU	AU
REV.1	13/11/25	SECONDA EMISSIONE	DS	AU	AU

## 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 Centro di Riabilitazione Funzionale in regime	
<input type="checkbox"/> Ambulatoriale	
<input type="checkbox"/> Altro _____	

### CON LA PRESENTE RICHIEDE

√	Descrizione
	Certificato di frequenza per il periodo estivo;
	Relazione clinica (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 (prima copia gratuita; le successive copie 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, 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

---



---



---

<b>SPAZIO RISERVATO A ISTITUTO SANTA CHIARA LATINA</b>	
<b>PER RICEVUTA</b>	
Data ____/____/____	
Firma _____	<i>Istituto Santa Chiara Latina</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 Santa Chiara Martignano S.r.l., con sede legale in Lecce (LE), via Trinchese n. 61/D, CF/PIVA 05107920752; e-mail: [latinariabilitazione@istitutosantachiara.it](mailto:latinariabilitazione@istitutosantachiara.it) o al Responsabile per la Protezione dei Dati (DPO) all'indirizzo mail: [dpo@consulenzarampino.it](mailto: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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_