



REVISIONE	DATA	DESCRIZIONE REVISIONE	REDAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE
REV. 0	03/21	PRIMA EMISSIONE	RGQ	DS	AU
REV.1	11/24	SECONDA EMISSIONE	RGQ	DS	AU
REV. 3	12/25	TERZA EMISSIONE	RGQ	DS	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

Ambulatoriale

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

Sede Legale via Properzio n. 6 – 00193 Roma, tel. 0669365736

Rea di Roma n° 1589416 – C.F. e P.IVA 15423901006

Presidio di Riabilitazione Funzionale ex art. 26 L. n. 833/78 – Struttura convenzionata con SSN via delle Azalee n.2 – 00055 Ladispoli (RM) | Tel. 0699223969 | Cell. 3421028655 | E-mail ladispoli@istitutosantachiara.it

Sito web istitutosantachiara.it/sedi/ladispoli



SPAZIO RISERVATO A SANTA CHIARA ROMA SRL

PER RICEVUTA

Data _____ / _____ / _____

Firma _____

Istituto Santa Chiara Latina

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 veritiera. 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 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 _____

ISTITUTO SANTA CHIARA ROMA S.R.L.
Via Properzio, n. 6
00193 ROMA
C.F. e P.I.: 15423901006