



MODULO PER LA RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

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

in qualità di		
	☐ padre	☐ madre
☐ tutore	☐ curatore	☐ amministratore di sostegno
	☐ altro _____	

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

in qualità di		
	☐ padre	☐ madre
☐ tutore	☐ curatore	☐ amministratore di sostegno
	☐ altro _____	

del/della paziente MINORE / PAZIENTE ADULTO	
Cognome	
Nome	
Data di nascita	
Residenza	

in carico presso la seguente struttura:	
☐ PRESIDIO DI RIABILITAZIONE LECCE in regime:	☐ residenziale
	☐ semiresidenziale
	☐ ambulatoriale
	☐ domiciliare
☐ POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO LECCE	
☐ ODONTOIATRIA LECCE	
☐ CENTRO AMBULATORIALE AUTISMO MERINE DI LIZZANELLO	
☐ PRESIDIO DI RIABILITAZIONE ROMA	
☐ DIAGNOSTICA PER IMMAGINI:	☐ sede di Castrignano dei Greci
	☐ sede di Maglie
	☐ sede di San Vito dei Normanni

CON LA PRESENTE RICHIEDE



✓	SPUNTARE OVE RICHIESTO
	Certificato di diagnosi e/o frequenza
	Certificato di frequenza per il periodo estivo
	Certificazione con indicazione di _____ _____
	per uso _____ _____
	Relazione clinica per pazienti convenzionati (al costo di € 90,00)
	Relazione clinica per pazienti solventi (costo che sarà comunicato in relazione alla tipologia di richiesta)
	Copia cartella clinica (tempo di consegna non inferiore a 30 giorni) A partire dalla seconda copia, il costo è di € 15,00 da pagare contestualmente alla richiesta e per copie fino a 100 pagine; per un numero di pagine superiore, i costi saranno rispettivamente proporzionati al numero di pagine
	Copia del referto (successiva al primo già erogata) per la prestazione erogata in data _____ e relativo supporto iconografico / immagini iconografiche (al costo di € 10,00)
	Altro _____ _____;
	Altro _____ _____;

CHIEDE E AUTORIZZA

✓	SPUNTARE OVE RICHIESTO
	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 _____ _____;
	Altro _____ _____;



Il sottoscritto DICHIARA sotto la propria responsabilità di essere a conoscenza di quanto previsto dagli 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.

TOTALE DA PAGARE € _____

PER TUTTE LE TIPOLOGIE DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA, LE SPESE DI SPEDIZIONE SONO A CARICO DEL RICHIEDENTE

Luogo e Data _____, ____/____/____

Firme _____

SPAZIO RISERVATO A ISTITUTO SANTA CHIARA SRL

PER RICEVUTA

Data ____/____/____

Firma _____

Istituto Santa Chiara srl



DICHIARAZIONE DEL RITIRO DI RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE

Il/La Sig./a _____ nato/a _____
il _____ CF _____ Documento
identità (tipo) _____ N° _____
rilasciato da _____ il _____
dichiara di ricevere in data _____ la documentazione richiesta in
data _____ con l'inoltro di apposito modulo.

FIRMA _____

DELEGA AL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE

Il/La Sig./a _____ nato/a _____ il _____
_____ CF _____ Documento identità
(tipo) _____ N° _____
rilasciato da _____ il _____

DELEGA

Il/La Sig./a _____ nato/a _____ il _____
_____ CF _____ Documento identità
(tipo) _____ N° _____
rilasciato da _____ il _____
al ritiro della documentazione richiesta in data _____ con l'inoltro di apposito
modulo.

FIRMA DEL DELEGANTE

(si allega copia della C.I. del delegante e del delegato)