



Centro Riabilitativo Veronese

## RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA/DOCUMENTAZIONE SANITARIA

MOD. 14\_01  
Rev. 02  
Data 18/10/2017

Pagina 1 di 1

Il sottoscritto/a.....  
nato/a.....il.....  
documento di identificazione.....  
residente a.....  
via.....tel.....

### CHIEDE

Il rilascio delle seguenti fotocopie di cartelle cliniche relative al Sig. ....  
nato/a il.....e ricoverato/a nei seguenti periodi:

anno.....dal.....al.....n° ..  
anno.....dal.....al.....n° ..  
anno.....dal.....al.....n° ..

Data della richiesta:.....

Data desiderata per il ritiro\*:.....

Firma: .....

### DELEGA AL RITIRO

Sig/ra.....  
nato / a il .....

documento d'identita.....

Data: .....

Firma: .....

#### INFORMATIVA ( D.L.gs 196/03 )

*Il Centro Riabilitativo Veronese Marzana ( VR ) informa che il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti o acquisiti è diretto esclusivamente all'assolvimento da parte del Centro medesimo delle finalità che competono istituzionalmente all'Ente. Titolare del trattamento dati è il Centro Riabilitativo Veronese Marzana (VR)..*

Data: .....

Firma: .....

La richiesta di copia di cartella clinica o di altra documentazione sanitaria deve essere presentata:

- **dal diretto interessato** con esibizione di documento di identità valido
- **da persona delegata**, provvista di richiesta firmata dall'interessato con allegata copia di documento di identità dello stesso
- **dal rappresentante legale dell'interessato** (tutore, curatore, amministratore di sostegno, esercente la potestà genitoriale), con allegata dichiarazione sostitutiva di certificazione
- **da medici curanti** che agiscono a tutela e nell'interesse del paziente (allegare: dichiarazione)
- **da persona interessata a tutelare una situazione giuridicamente rilevante di rango pari a quella dell'interessato**, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile (allegare: documentazione)
- **da parte di enti previdenziali** (INAIL, INPS) relativamente ai casi previsti dalla legge (allegare: documentazione)
- **da organi della Regione o del SSN** per motivi di interesse pubblico (allegare: dichiarazione)
- **da organi giudiziari, ispettorato del lavoro, commissariato del governo, prefettura**
- **da consulenti o periti d'Ufficio** (allegare :decreto di nomina)
- **in caso di paziente deceduto, da erede** o comunque da persona che, a prescindere dallo status di erede, ha un interesse proprio o agisce a tutela dell'interessato o per ragioni familiari meritevoli di protezione (allegare: dichiarazione)

**In casi dubbi o non previsti dal regolamento, la decisione compete al Direttore Sanitario**

**\*In base alla norma di legge (L. 24/2017, art. 4), la copia conforme della documentazione sanitaria completa richiesta sarà disponibile entro trenta giorni**