

MODULO PER LA RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Io sottoscritto

COGNOME

NOME

LUOGO E DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

RECAPITO TELEFONICO

FAX O E-MAIL

in qualità di:

Intestatario della documentazione

Erede dell'Intestatario

Esercente la patria potestà
sull'Intestatario

Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno
dell'Intestatario

Altro soggetto legittimato
(specificare) _____

Delegato dall'Intestatario
(firma dell'Intestatario che delega)

dati dell'Intestatario della documentazione (non compilare se sono gli stessi del richiedente)

COGNOME

NOME

LUOGO E DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

**Unire fotocopia controfirmata di un documento di identità o riconoscimento fronte/retro dell'intestatario, in originale.
In caso di delega, unire documento in originale del delegato e copia controfirmata del documento del delegante.**

Richiedo il rilascio di copia cartacea oppure informatica della documentazione sanitaria relativa alla/e prestazione/i:

del (giorno/i): _____

Chiedo che la consegna della documentazione avvenga secondo le seguenti modalità:

Ritiro allo sportello

Servizio postale in contrassegno. Autorizzo la spedizione al seguente indirizzo:

DESTINATARIO

VIA, NUMERO CIVICO

CITTÀ E PROVINCIA

CAP

MODULO PER LA RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

1. Io sottoscritto dichiaro di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.
2. Io sottoscritto dichiaro consapevolmente di accettare che il recapito della suddetta documentazione sanitaria avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal codice postale, che prevede la consegna della posta anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, etc.).
3. Ai sensi del D.Lgs. 196/2003, io sottoscritto dichiaro di essere informato che il trattamento dei dati personali sarà effettuato, anche con mezzi informatici, ai fini del presente procedimento e che il titolare del trattamento dei dati è l'INMP. La richiesta di accesso può essere rivolta al titolare o al responsabile del trattamento consegnandola all'URP o alla Direzione Sanitaria.
4. (solo nei casi applicabili): Io sottoscritto dichiaro di essere a conoscenza che la documentazione richiesta non è riproducibile per l'impegno professionale, la complessità organizzativa, le ripercussioni sull'assistito derivanti da un eventuale ripetizione del trattamento. Per questi motivi mi impegno a riconsegnare detta documentazione oppure a conservarla, sollevando l'INMP da qualsiasi responsabilità.

DATA _____

FIRMA (ANCHE PER ATTESTAZIONE DEI PUNTI 1, 2, 3 e 4) _____

DELEGA da compilare per il ritiro allo sportello

Io sottoscritto _____ in qualità di: Intestatario avente diritto
(allegare copia controfirmata documento dell'intestatario o certificazioni attestanti la titolarità di altro avente diritto)

Delego il sig. (Cognome e Nome) _____ al ritiro presso lo sportello della documentazione sanitaria richiesta.

DATA _____

FIRMA _____