

## Cartella clinica: richiesta di copia

Io sottoscritto/a

(nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

Stato di nascita | codice fiscale

residente a | Prov. | CAP

Via | n.

telefono (fisso o cellulare)

e-mail (facoltativo)

### DICHIARO DI ESSERE

*barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste*

- il diretto interessato  
 il genitore (con la potestà legale)

del minore (nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

- il tutore     il curatore     l'amministratore di sostegno

di (nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

- l'erede

di (nome) | (cognome)

nato/a il | a | deceduto/a il | a

### CHIEDO

- Copia autenticata della cartella clinica

*barrare le caselle di interesse e scrivere le informazioni richieste*

- nel reparto di

Data ricovero dal | al (Num. SDO )

- nel reparto di

Data ricovero dal | al (Num. SDO )

### SCELGO DI

*barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste*

- ritirare la copia di persona negli uffici dell'Ospedale di Sassuolo Spa
- ricevere la copia per posta, con spese a mio carico (euro 10,00 -bonifico sul codice IBAN IT 93 X 05387 67010 0000 0116 8133 intestato a "Ospedale di SassuoloSpa"; è necessario riportare come causale "Spese postale spedizione A/R copia cartella clinica" e i riferimenti del paziente), all'indirizzo  
*(specificare solo se diversa da quello già indicato)*

Via \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_

- fare ritirare la copia a una persona delegata
- ricevere via e-mail copia della cartella clinica in formato .pdf *(specificare l'indirizzo di posta elettronica a cui inviare la documentazione)*

E-mail o PEC \_\_\_\_\_

### ALLEGO

- Copia del documento di identità del richiedente e ricevuta pagamento ( solo nel caso di invio mezzo Posta A/R)

### SONO CONSAPEVOLE CHE

Le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal Codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'Ospedale di Sassuolo Spa effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data \_\_\_\_\_

| firma *(per esteso e leggibile)* \_\_\_\_\_

### TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo <https://www.ospedalesassuolo.it/privacy-policy/>

### LA DOCUMENTAZIONE POTRA' ESSERE RITIRATA DAL \_\_\_\_\_

## INFORMAZIONI IMPORTANTI

### Come chiedere la copia della cartella clinica

Potrà presentare la sua richiesta:

- di persona, presso la segreteria di Direzione Sanitaria dal lunedì al venerdì dalle 08:30 alle 12:30
- via e-mail, [richiestacopie@ospedalesassuolo.it](mailto:richiestacopie@ospedalesassuolo.it)

### ATTENZIONE

Se si sceglie di presentare la richiesta di persona, dovrà avere con sé un documento d'identità valido. Se sceglie invece di inviare la richiesta via e-mail, dovrà allegare obbligatoriamente la copia di un suo documento di identità in corso di validità e la richiesta debitamente compilata e firmata. Per motivi di privacy, nel caso venga richiesto l'invio via e-mail ordinaria e non PEC, il file .pdf verrà inviato criptato da password, la quale verrà inviata tramite una ulteriore e-mail successiva.

## SPAZIO RISERVATO ALL'OSPEDALE DI SASSUOLO

Tipo e numero del documento di identità
data ritiro documentazione
firma ( <i>Operatore Ospedale di Sassuolo</i> )
firma ( <i>Il richiedente</i> )