RICHIESTA DI ACCESSO ALLA CARTELLA CLINICA - DI RILASCIO DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

All'Azienda di Servizi alla Persona "GOLGI – REDAELLI",
c.a. Direzione Medica Istituto …….…….
c.a. Responsabile del procedimento di accesso/Responsabile della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza

Il sottoscritto ……...……...
nato a …… il …….
residente a ……. Via …….
tel. …….....e.mail/pec……
C.I. n° ……rilasciata dal Comune di ……in data ……

In qualità di:

- erede legittimo (allegare documentazione probatoria o certificazione sostitutiva)
- tutore (allegare documentazione probatoria o certificazione sostitutiva)
- erede autorizzato con disposizioni testamentarie (allegare documentazione probatoria o certificazione sostitutiva)
- medico curante
- delegato (allegare delega scritta)
- altro (se ricorrano le ipotesi di cui all'art.10, c.1del regolamento aziendale per l'accesso)

Visto il "Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso agli atti, per l'accesso civico e per l'accesso generalizzato" adottato dall'ASP Golgi-Redaelli e presa visione delle relative tariffe applicabili in caso di rilascio di copia degli atti e dei documenti, come pubblicate sul sito www.golgiredaelli.it

CHIEDE

A) di poter accedere alla cartella clinica del Sig./della Sig.ra …….
nato/a a …… il……

ricoverato presso l'Istituto dal ……al……..

per i seguenti motivi ……..

B) il rilascio di copia della cartella clinica del/la Sig./Sig.ra…… , nato/a a ……il

ricoverato presso l'Istituto……..dal……al……

- In carta libera
- In copia conforme all'originale

A tal fine si impegna a corrispondere l'importo che verrà richiesto in applicazione della tabella dei costi di riproduzione e ricerca adottata dall'Azienda.

Acconsente, ai sensi delle vigenti normative in materia, al trattamento dei dati personali per le finalità della presente richiesta.

Luogo e data …… FIRMA ……..……

(si allega copia di documento d'identità in corso di validità)

RICHIESTA DI RILASCIO DI COPIA DELLA **PROPRIA** CARTELLA CLINICA

Io sottoscritto/a ……..

Nato/a a ……..il ……

C.I. n° ……rilasciata dal Comune di …….in data ……

ricoverato c/o l'Istituto……dal …….al……..

Visto il "Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso agli atti, per l'accesso civico e per l'accesso generalizzato" adottato dall'ASP Golgi-Redaelli e presa visione delle relative tariffe applicabili in caso di rilascio di copia degli atti e dei documenti, come pubblicate sul sito www.golgiredaelli.it

CHIEDO

all'Azienda di Servizi alla Persona "GOLGI – REDAELLI" il rilascio di copia della mia cartella clinica.

o In carta libera

o In copia conforme all'originale

Quindi,

- o Provvedo personalmente al ritiro
- o DELEGO per il ritiro il /la Sig./Sig.ra…… nato/a … …… il……,C.I. n°……rilasciata dal Comune di …… in data…….

A tal fine provvedo al versamento per contanti di € ……, come da tabella dei costi di riproduzione e ricerca adottata dall'Azienda.

Acconsento, ai sensi delle vigenti normative in materia, al trattamento dei dati personali per le finalità della presente richiesta.

Con osservanza.

Milano, li …… FIRMA …….

(*) …….

(*) ……..

(*) Nel caso di persona non in grado di apporre la propria firma per disabilità, ma in condizioni di esprimere il proprio assenso, lo stesso va confermato mediante la sottoscrizione da parte di due testimoni.

****

Per ritiro di copia:

Nome e Cognome----------

Documento di identità n.----------

Data ----------

Firma ----------