

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

Io sottoscritto/a
Nato/a ail
C.I. n°rilasciata dal Comune diin data
ricoverato c/o l'Istituto.....dalal.....

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 mi impegno a corrispondere l’importo che verrà richiesto in applicazione della 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 -----