



CENTRO MEDICO di FISIOTERAPIA s.r.l.

RICHIESTA DI ACCESSO ALLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Data Richiesta _____

Il/La sottoscritto/a _____ (Nome) _____ (Cognome)
 nato/a il ____/____/____ a _____ (____),
 C.F. _____, residente in _____ (____),
 Via/Piazza _____ n. ____,
 Tel./Cell. _____, E-mail _____

IN QUALITA' DI

- Paziente Interessato - maggiorenne o minore emancipato (*quest'ultimo solo se di idonea certificazione o dichiarazione sostitutiva*);
- Genitore naturale, Genitore Affidatario, Genitore Adottivo (munito di apposito modulo di autocertificazione);
- Tutore, Curatore; Amministratore di sostegno (*munito di apposita certificazione idonea ad attestare il proprio stato*);
- Erede legittimo/testamentario (*munito di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà oppure autocertificazione attestante la qualifica di legittimo successore e la relazione di parentela esistente con il defunto*);
- Legale Rappresentante (*munito di apposita delega o mandato*)
- Medico curante o strutture sanitarie, pubbliche o private (*esclusivamente per finalità istituzionali attinenti alla tutela della salute dell'interessato, previo consenso di quest'ultimo*);
- INAIL;
- Autorità Giudiziaria (*in via autonoma o con delega alla Polizia Giudiziaria. Il responsabile del rilascio deve consegnare i documenti richiesti anche in originale se così è ordinato dall'Autorità giudiziaria - art. 258 c.p.p.*);
- Consulente tecnico nominato dall'Autorità giudiziaria (*munito di copia del decreto di nomina*).

CHIEDE

per se stesso o per il paziente _____ (Nome) _____ (Cognome)
 nato/a il ____/____/____ a _____ (____), C.F. _____
 (da compilare solo in caso di paziente minore, incapace o amministrato)

Ai sensi dell'art. 22 e seguenti della L. 241/1990 e s.m.i. di poter esercitare il proprio diritto d'accesso al/ai seguente/i documento/i:

- Modulo di Acquisizione del Consenso al trattamento sanitario;
- Modulo di Acquisizione del Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 e art. 13 regolamento UE n. 2016/679 (GDPR) ;

Gennaio 2024

Sede Legale: 35131 PADOVA - Via Enrico Degli Scrovegni, 2/A - Tel. 049.8760833 - Fax 049.8753457
 Sede Operativa: 35131 PADOVA - Via Enrico Degli Scrovegni, 10 - Tel. 049.8760833 - Fax 049.8753457 - Direttore Sanitario: Dott. Sebastiano Schiavon
 Sede Operativa: 35143 PADOVA - TENCAROLA - Via Dei Colli, 202 - Tel. 049.8685170 - Fax 049.8685587 - Direttore Sanitario: Dott. Sebastiano Schiavon
 Sede Operativa: 31033 CASTELFRANCO VENETO (TV) - Via Regno Unito, 8 - Tel. 0423.720590 - Fax 0423.740202 - Direttore Sanitario: Dott.ssa Grazia Massa
 Sede Operativa: 36061 BASSANO DEL GRAPPA (VI) - Via Cereria, 4 - Tel. 0424.524167 - Fax 0424.522378 - Direttore Sanitario: Dott.ssa Floriana Fanelli
 Cod. Fis. e Part. IVA N. iscrizione al Registro Imprese: 00985280288 - Società iscritta presso il Reg. Imprese di Padova - Cap. Soc. € 200.000,00 I.V.
 www.centromedicodefisioterapia.it - e-mail: info@centromedicodefisioterapia.it



CENTRO MEDICO di FISIOTERAPIA s.r.l.

- Cartella Fisioterapica;
- Diario attestazione presenze;
- Prescrizione medica con o senza diagnosi;
- Copia referto EMG / ENG;
- Dichiarazione dati, qualifica o titolo di studio del personale sanitario operante.

E che la predetta documentazione mi venga rilasciata con

- Procedura ordinaria (*7 giorni dalla ricezione della richiesta con un tempo massimo per le integrazioni di 30 giorni*)
- Urgenza (*5 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta*)

MOTIVI

(indicare l'interesse diretto, concreto ed attuale per il quale si esercita il diritto di accesso).

MODALITÀ DI RITIRO

- Personalmente allo sportello
- Persona delegata (*unita di apposita delega e copia del Documento di Identità di delegante e delegato*);
- Spedizione all'indirizzo _____ (*spese a carico del destinatario*).

Il richiedente _____

Il Direttore Sanitario _____
(Firma per autorizzazione al rilascio)

RICEVUTA

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto copia di quanto richiesto ai sensi della L. 241/1990

Data _____

Firma _____

Diritto alla Privacy - Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003 e dell'art. 13 e art. 13 REGOLAMENTO UE n. 2016/679 (GDPR) : ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 "Testo Unico Privacy" la informiamo che i dati personali da lei forniti saranno usati solo per gestire la Sua richiesta. Per eventuali altre informazioni sul trattamento dei dati personali visionare la nota informativa affissa presso le Ns sedi.

Gennaio 2024

Sede Legale: 35131 PADOVA - Via Enrico Degli Scrovegni, 2/A - Tel. 049.8760833 - Fax 049.8753457
Sede Operativa: 35131 PADOVA - Via Enrico Degli Scrovegni, 10 - Tel. 049.8760833 - Fax 049.8753457 - Direttore Sanitario: Dott. Sebastiano Schiavon
Sede Operativa: 35143 PADOVA - TENCAROLA - Via Dei Colli, 202 - Tel. 049.8685170 - Fax 049.8685597 - Direttore Sanitario: Dott. Sebastiano Schiavon
Sede Operativa: 31033 CASTELFRANCO VENETO (TV) - Via Regno Unito, 8 - Tel. 0423.720590 - Fax 0423.740202 - Direttore Sanitario: Dott.ssa Grazia Massa
Sede Operativa: 36061 BASSANO DEL GRAPPA (VI) - Via Cereria, 4 - Tel. 0424.524167 - Fax 0424.522378 - Direttore Sanitario: Dott.ssa Floriana Fanelli
Cod. Fisc. e Part. IVA N. iscrizione al Registro Imprese: 00985280288 - Società iscritta presso il Reg. Imprese di Padova - Cap. Soc. € 200.000,00 I.V.
www.centromedcodfisioterapia.it - e-mail: info@centromedcodfisioterapia.it

