

**RICHIESTA DI ACCESSO ALLA CARTELLA FISIOTERAPICA**

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**

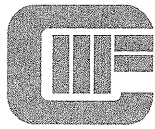
- Paziente Interessato - maggiorenne o minore emancipato (*quest'ultimo solo se di idonea certificazione o dichiarazione sostitutiva*);
- Genitore naturale, Genitore Affidatario, Genitore Adottivo (*munito di apposito modulo di autocertificazione*);
- Tutore, Curatore; Amministratore di sostegno (*munito 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**

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;
- Cartella Fisioterapica;
- Diario attestazione presenze;
- Prescrizione medica con o senza diagnosi;
- Copia referti radiologici o ecografici.

**Diritto alla Privacy** - Informativa ai sensi del D.lgs. n. 196/2003; 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.



E che la predetta documentazione mi venga rilasciata con

- Procedura ordinaria (30 giorni dalla ricezione della richiesta)
- 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
- Posta Elettronica Certificata: \_\_\_\_\_ (indicare indirizzo PEC)
- Persona delegata (munita 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 del D.lgs. n. 196/2003; 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.

Sede Legale e Operativa: 35131 PADOVA - Via E. Degli Scrovegni, 2/A - Tel. 049.8760833 (4 linee r.a.) - Fax 049.8753457  
Sede Operativa: 35143 PADOVA - TENCAROLA - Via Dei Colli, 202 - Tel. 049.8685170 (4 linee r.a.) - Fax 049.8685597  
Sede Operativa: 31033 CASTELFRANCO VENETO (TV) - V.le Europa, 34 (Parco Comm. Shopping Day) - Tel. 0423.720590 - Fax 0423.740202  
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.centromedicodifisioterapia.it - e-mail: info@centromedicodifisioterapia.it



CERTIFIED ISO 9001