

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

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) ;
- Cartella Fisioterapica;
- Diario attestazione presenze;
- Prescrizione medica con o senza diagnosi;
- Copia referti radiologici o ecografici;
- Dichiarazione dati, qualifica o titolo di studio del personale sanitario operante.

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 _____