

DEVE PAGARE

DATA RITIRO

presso: Stab. Imola Stab. Castel San Pietro Terme

All'Azienda USL di IMOLA

Il/La Sottoscritto/a

Nato/a

Il

Residente a

In via

Doc. di identità

Rilasciato da

Il

Telefono

E.mail

@

Consapevole che, ai sensi dell'art.76 del DPR 28 dicembre 2000 n.445 e s.m.i., le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia; consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amm.ne qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione e consapevole altresì che ove i suddetti reati siano commessi per ottenere la nomina a un pubblico ufficio, possono comportare, nei casi più gravi, l'interdizione temporanea dai pubblici uffici, sotto la propria responsabilità

Chiede in qualità di:

- a) diretto interessato (titolare della cartella clinica o altra documentazione sanitaria, maggiorenne o minore emancipato)
- b) genitore esercente la responsabilità genitoriale nei confronti del minore
- c) erede legittimo: indicare la relazione di parentela e/o la qualità di erede (es. coniuge, figlio)
- d) tutore
- e) curatore
- f) amministratore di sostegno
- g) affidatario del minore
- h) erede testamentario
- i) convivente del defunto
- l) persona in unione civile del defunto
- m) legale rappresentante
- n) delegato
- o) altro (es analfabeta)
- p) coniuge o figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, del titolare della cartella clinica altra documentazione sanitaria, il quale si trova in una situazione di impedimento temporaneo alla sottoscrizione ed alla dichiarazione, per le **seguenti ragioni** connesse allo stato di salute (ex art.4, comma 2 DPR 445/2000)

il rilascio, in copia autenticata del Signor/Signora:

Sig/Sig.ra

Nato/a

Il

Residente a

In via

Annotazioni

REFERTO

REFERTO

REFERTO

REFERTO

CARTELLA CLINICA inerente al ricovero avvenuto presso l'Unità Operativa di:

- [] SDO [] / [] dal [] al []
- [] SDO [] / [] dal [] al []
- [] SDO [] / [] dal [] al []
- [] SDO [] / [] dal [] al []

Altra documentazione sanitaria (specificare) []

CD copia []

Data []

Firma del richiedente

CHIEDE LA SPEDIZIONE all'indirizzo di seguito indicato previa presentazione di documentazione attestante il pagamento delle spese di riproduzione e postali secondo le tariffe aziendali definite.

Al Sig./Sig.ra [] presso il seguente indirizzo:

Via [] n. [] Città []

Prov [] CAP []

DELEGA al ritiro il/la Sig./Sig.ra []

Nato/a [] il []

PROVEDERÀ DIRETTAMENTE AL RITIRO

Le informazioni in merito al trattamento dei dati personali relativamente al procedimento in oggetto (art.13 Regolamento (UE) 2016/679), sono pubblicate nel sito istituzionale dell'Azienda USL di Imola, alla voce "privacy" - <https://www.ausl.imola.bo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/7322>

Firma..... Data di presentazione della richiesta L'addetto

IL DIRETTORE UNITA' OPERATIVA.....

Per la DIREZIONE MEDICA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO

Per il DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Per

ALLEGATI:

- Fotocopia fronte-retro del documento di riconoscimento (in corso di validità) del richiedente ove previsto
- Fotocopia fronte-retro del documento di riconoscimento (in corso di validità) del delegante/delegato
- Provvedimento di nomina per i casi: c), d), e), f)
- Mandato di procura per il caso m)

=====

Data ritiro

Firma.....

Doc. d'identità

Rilasciato dail.....

Spedita il operatore