



DATI DELL'INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Cognome _____ Nome _____
nato/a _____ (prov _____) il _____ Cod. Fisc. _____
_____ e residente in _____
(prov. _____) via _____ n. _____, documento tipo _____,
n. _____, rilasciato da _____
in data _____,

se minore, autocertificare la potestà genitoriale (allegare modulo A)

se deceduto, indicare la relazione di parentela in qualità di erede legittimo (allegare modulo B)

DATI DEL RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a sig./ra _____
nato/a _____ (prov _____) il _____ Cod. Fisc. _____
_____ e residente in _____
(prov. _____) via _____ n. _____, documento tipo _____,
n. _____, rilasciato da _____
in data _____,

CHIEDE

il rilascio di copia della seguente documentazione sanitaria

referti di indagini diagnostiche effettuati in data _____;

copia conforme di cartella sanitaria relativa a _____

Ho preso visione, letto e compreso integralmente l'[informativa](#) in materia di tutela dei dati personali della struttura, presente sul banco della reception nonché sul sito internet, rilasciata ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/2016 ed autorizzo il trattamento dei dati personali.

Roma, data _____

Firma _____

n.b. - Si ricorda all'utenza di munirsi di delega e del documento di identità del delegante (in originale o in copia controfirmata dal titolare) nel caso in cui il ritiro della documentazione sanitaria venga effettuato da terzi.



Santo Volto
CASA DI CURA PRIVATA
CHIRURGIA GENERALE E DIAGNOSTICA

RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

M-DOC-1
REV. 0
DEL 25/05/2018

Parte da compilare a cura del personale della Casa di Cura Santo Volto

Copia della documentazione richiesta è stata consegnata in data

_____.

Roma, data _____

è stata verificata la corrispondenza tra gli estremi dichiarati e i documenti esibiti dal delegato

FIRMA DELL'UTENTE

FIRMA/TIMBRO PERSONALE
CASA DI CURA SANTO VOLTO
