	Azienda ULSS n.1 Dolomiti	Mod 06 DdO
	Direzione di Ospedale Sedi di: Agordo - Belluno - Pieve di Cadore	Rev. 3 del 30/11/2022
	<b><u>RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA</u></b>	Pag. 01 di 01

il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_  
 ( ) Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 Tel.: \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

**Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci o non veritiere, richiamate dall'art.76 del DPR n.445/2000, in qualità di: ( barrare la voce di interesse )**

- Diretto interessato se maggiorenne;
- Genitore se esercente la Responsabilità Genitoriale, tutore o curatore amministratore di sostegno di persona non in possesso della capacità di agire intestataria della documentazione richiesta;
- Erede legittimo testamentario del soggetto intestatario della documentazione richiesta;
- Legale rappresentante, munito di idoneo mandato o procura, dell'intestatario della documentazione richiesta; coniuge o figlio o, per mancanza di questi, parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado del soggetto di seguito identificato, il quale risulta temporaneamente impedito alla sottoscrizione della presente istanza per le seguenti ragioni connesse allo stato di salute. ( ex art.4 comma DPR 445/2000).

**DELEGA**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_  
 Residente a \_\_\_\_\_ ( ) via \_\_\_\_\_

**A RICHIEDERE** e/o  **A RITIRARE**

- COPIA CARTELLA CLINICA
- COPIA DOCUMENTAZIONE RADIOLOGICA
- COPIA DOCUMENTAZIONE AMBULATORIALE
- CERTIFICATO DI DEGENZA
- COPIA DOCUMENTAZIONE PRONTO SOCCORSO
- ALTRO \_\_\_\_\_

**LA DOCUMENTAZIONE del/della Sig./Signora** (se diversa dal Diretto Interessato)

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_  
 Residente a \_\_\_\_\_ ( ) via \_\_\_\_\_

Ricovero presso Ospedale di \_\_\_\_\_ U.O. di: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 Ricovero presso Ospedale di \_\_\_\_\_ U.O. di: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 Ricovero presso Ospedale di \_\_\_\_\_ U.O. di: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto ai sensi del D.LGS 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere ad adempimenti di legge.**

Data \_\_\_\_\_

Firma del delegante \_\_\_\_\_ (allegare fotocopia del documento d'identità)

Firma del delegato \_\_\_\_\_ (allegare fotocopia del documento d'identità)


**La documentazione sanitaria deve essere spedita con raccomandata? Si  No**

**Nel caso in cui la documentazione non venga ritirata l'ufficio provvederà, dopo 90 giorni dalla richiesta, a spedirla in contrassegno al domicilio del paziente.**

**Sede di Agordo**  
 Via Fontana, 35 – Agordo ( BL)  
 Telefono 0437645630 – Fax 0437645270  
 E-mail: [cartellecliniche.ag@aulss1.veneto.it](mailto:cartellecliniche.ag@aulss1.veneto.it)

**Sede di Belluno**  
 Viale Europa, 22 – Belluno  
 Telefono 0437516255 Fax 0437516198  
 e-mail: [cartellecliniche.bl@aulss1.veneto.it](mailto:cartellecliniche.bl@aulss1.veneto.it)

**Sede di Pieve di Cadore**  
 Via Cogonie, 30 – Pieve di Cadore (BL)  
 Telefono 0435341240 – Fax 0435341224  
 E-mail: [direzionemedica.pc@aulss1.veneto.it](mailto:direzionemedica.pc@aulss1.veneto.it)

	Azienda ULSS n.1 Dolomiti	Mod 06 DdO
	Direzione di Ospedale Sedi di: Agordo – Belluno – Pieve di Cadore	Rev. 3 del 30/11/2022
	<b><u>DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' GENITORIALE</u></b>	Pag. 01 di 01

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace e falsità in atti come stabilito dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445,

**DICHIARA DI ESERCITARE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE**

In qualità di \_\_\_\_\_ del/della minore \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**DELEGA**

Il/La sig/sig.ra \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**(Attenzione:** la persona delegata deve esibire il proprio documento al momento del ritiro)

A RITIRARE PER SUO CONTO  
COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA



Data: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Nota sul rispetto della privacy:** i dati contenuti in questo documento sono strumentali all'attività sanitaria e amministrativa, sono utilizzati per compiere specifici obblighi previsti da normative, avranno trattamento in conformità a quanto prescrivono la legge sul trattamento dei dati personali e le disposizioni attuative della medesima legge.

**Sede di Agordo**  
Via Fontana, 35 – Agordo ( BL)  
Telefono 0437645630 – Fax 0437645270  
E-mail: [cartellecliniche.ag@aulss1.veneto.it](mailto:cartellecliniche.ag@aulss1.veneto.it)

**Sede di Belluno**  
Viale Europa, 22 – Belluno  
Telefono 0437516255 Fax 0437516198  
e-mail: [cartellecliniche.bl@aulss1.veneto.it](mailto:cartellecliniche.bl@aulss1.veneto.it)

**Sede di Pieve di Cadore**  
Via Cogonie, 30 – Pieve di Cadore BL)  
Telefono 0435341240 – Fax 0435341224  
E-mail: [dir.medica.pc@aulss1.veneto.it](mailto:dir.medica.pc@aulss1.veneto.it)

 	Azienda ULSS n.1 Dolomiti	Mod 06 DdO
	Direzione di Ospedale Sedi di: Agordo – Belluno – Pieve di Cadore	Rev. 3 del 30/11/2022
	<b><u>DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'</u></b> <b><u>(art. 47 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)</u></b>	Pag. 01 di 01

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace e falsità in atti come stabilito dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445,

dichiara

- di essere figlio/a
- di essere moglie/marito
- di essere \_\_\_\_\_

ed erede legittimo/a del/della defunto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

deceduto/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

richiede

la fotocopia della cartella clinica del citato defunto per uso

- assicurativo
- pensionistico
- personale
- altro \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Nota sul rispetto della privacy:** i dati contenuti in questo documento sono strumentali all'attività sanitaria e amministrativa, sono utilizzati per compiere specifici obblighi previsti da normative, avranno trattamento in conformità a quanto prescrivono la legge sul trattamento dei dati personali e le disposizioni attuative della medesima legge.

**Sede di Agordo**  
 Via Fontana, 35 – Agordo ( BL)  
 Telefono 0437645630 – Fax 0437645270  
 E-mail: [cartellecliniche.ag@aulss1.veneto.it](mailto:cartellecliniche.ag@aulss1.veneto.it)

**Sede di Belluno**  
 Viale Europa, 22 – Belluno  
 Telefono 0437516255 Fax 0437516198  
 e-mail: [cartellecliniche.bl@aulss1.veneto.it](mailto:cartellecliniche.bl@aulss1.veneto.it)

**Sede di Pieve di Cadore**  
 Via Cogonie, 30 – Pieve di Cadore (BL)  
 Telefono 0435341240 – Fax 0435341224  
 E-mail: [dir.medica.pc@aulss1.veneto.it](mailto:dir.medica.pc@aulss1.veneto.it)