REGIONE DEL VENETO ULSS 1	Azienda ULSS n.1 Dolomiti	Mod 1
	Direzione di Ospedale Sede di Feltre	Rev. 1 del 01.06.2019
	RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	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 patria potestà, 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).

☐ **CHIEDE** o ☐ **DELEGA***

*Cognome e Nome _____ nato/a _____(____) il _____

Residente a_____(____) via _____ CAP_____

- **A RICHIEDERE e/o ☐ A RITIRARE**
  - COPIA CARTELLA CLINICA
  - COPIA DOCUMENTAZIONE RADIOLOGICA
  - COPIA DOCUMENTAZIONE AMBULATORIALE
  - CERTIFICATO DI DEGENZA
  - COPIA DOCUMENTAZIONE PRONTO SOCCORSO
  - ALTRO _____

Ricovero presso U.O. di: _____dal _____ al _____
Ricovero presso U.O. di: _____dal _____ al _____
Ricovero presso U.O. di: _____dal _____ al _____

Il sottoscritto ai sensi del Regolamento UE 2016/679 art.13 (Informativa agli utenti sul trattamento 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 richiedente _____ (allegare fotocopia del documento d'identità)

Firma del delegato _____ (allegare fotocopia del documento d'identità)

La documentazione sanitaria deve essere spedita in contrassegno? 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.

NUMERO DI CARTELLE FOTOCOPIATE: _____ NUMERO DEI FOGLI: _____

Sede di Feltre
Viale Bagnols sur Cez, 1 – 32032 Feltre (BL)
Telefono 0439/883656
e-mail: cartellecliniche.fe@aulss1.veneto.it