

	MODULO RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA PARENTE/TUTORE	MOD RCPT/POA03
		Rev. 03 del 04/03/2025
		Pag. 1 di 2

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME	NOME
LUOGO E DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE
RECAPITO TELEFONICO	E-MAIL

ai sensi dell'art. 92 comma 2 D.lgs. n. 196/2003 (Codice della Privacy), consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci,

**IN QUALITÀ DI _____ CHIEDE PER IL PROSEGUIMENTO DELLE CURE SUCCESSIVE
AL RICOVERO IL RILASCIO DI COPIA AUTENTICATA DELLA CARTELLA SOCIO SANITARIA DI:**

COGNOME	NOME
LUOGO E DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE

SECONDO LE SEGUENTI MODALITÀ: ☐ RILASCIO IN RSA PRESSO L'UFFICIO AMMINISTRAZIONE
☐ RACCOMANDATA A/R

COSTI COPIA CARTELLA CLINICA: € **30,50** (ritiro in RSA presso l'Ufficio Amministrazione) / € **35,00** (raccomandata da saldare al momento della richiesta)

DA COMPILARE SOLO PER RACCOMANDATE A/R:

DESTINATARIO (solo per raccomandate)	VIA/PIAZZA, NUMERO CIVICO
CITTA', PROVINCIA	CAP

1. Io sottoscritto dichiaro consapevolmente di accettare che il recapito della suddetta documentazione sanitaria avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal codice postale, che prevede la consegna della posta anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc).
2. Ai sensi del D.Lgs 196/2003, io sottoscritto dichiaro di essere informato che il trattamento dei dati personali sarà effettuato, anche con mezzi informatici, ai fini del presente procedimento e che il titolare del trattamento dei dati è San Feliciano srl. La richiesta di accesso ai dati ai sensi dell'art. 7 del suddetto D.Lgs. può essere rivolta al titolare o al responsabile del trattamento a mezzo del recapito in indirizzo. FIRMA (ANCHE PER ATTESTAZIONE DEI PUNTI 1 E 2)

DATA ____/____/____ FIRMA _____

(Allegare copia del documento di identità del richiedente in corso di validità)

RITIRO DELLA CARTELLA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ DICHIARA CHE IL GIORNO ____/____/____

HA RITIRATO UNA COPIA CONFORME DELLA CARTELLA SOCIO SANITARIA DI CUI ALLA PRESENTE RICHIESTA.

DATA ____/____/____ FIRMA _____