IL/LA SOTTOSCRITTO/A

_____

COGNOME NOME

_____

LUOGO E DATA DI NASCITA CODICE FISCALE

_____

RECAPITO TELEFONICO E-MAIL

IN QUALITÀ DI:

☐ soggetto avente un interesse proprio in qualità di erede e/o successibile;

☐ soggetto che agisce a tutela dell'interessato deceduto in qualità di suo mandatario;

☐ soggetto che agisce per ragioni familiari meritevoli di protezione, motivare specifica richiesta:

_____

☐ soggetto che agisce per l'esercizio di diritti patrimoniali derivanti dalla morte dell'interessato e/o per l'esercizio del diritto di difendere in giudizio i propri interessi, motivare specifica richiesta:

_____

ai sensi dell'art. 2 terdecies D.lgs. n. 196/2003 (Codice della Privacy) e nell'esercitare i diritti di cui agli artt. da 15 a 22 del Regolamento UE 679/2016 – RICHIEDE COPIA DELLA CARTELLA SOCIO-SANITARIA di

_____

COGNOME NOME

_____

LUOGO E DATA DI NASCITA DATA DECESSO

SECONDO LE SEGUENTI MODALITÀ: ☐ RILASCIO ALLO SPORTELLO/VIA MAIL ☐ RACCOMANDATA A/R

COSTI COPIA CARTELLA CLINICA: € **22,00** (ritiro allo sportello o via mail)/ € **35,00** (raccomandata, da saldare al momento della richiesta)

DA COMPILARE PER INVIO VIA MAIL:
INDICARE L'INDIRIZZO EMAIL SU CUI SI DESIDERA RICEVERE LA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA RICHIESTA:

_____

DA COMPILARE SOLO PER RACCOMANDATE A/R:

_____

DESTINATARIO (solo per raccomandate) VIA/PIAZZA, NUMERO CIVICO

_____

CITTA', PROVINCIA CAP

E ALLEGA:

☐ In caso di soggetto avente un interesse proprio in qualità di erede e/o successibile, allegare i seguenti documenti:

- Certificato di morte del Paziente;
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà;
- Copia del Documento di identità del richiedente in corso di validità.

☐ In caso di soggetto che agisce a tutela dell'interessato deceduto in qualità di suo mandatario, allegare i seguenti documenti:

- Mandato post-mortem;
- Copia del Documento di identità del richiedente in corso di validità.

☐ In caso di soggetto che agisce per ragioni familiari meritevoli di protezione, allegare i seguenti documenti:

- Copia del Documento di identità del richiedente in corso di validità.

☐ In caso di soggetto che agisce per l'esercizio di diritti patrimoniali derivanti dalla morte dell'interessato e/o per l'esercizio del diritto di difendere in giudizio i propri interessi, allegare i seguenti documenti:

- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà;
- Copia del Documento di identità del richiedente in corso di validità.

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 SOTTOSCITTO/A _____ DICHIARA CHE IL GIORNO____/____/_____

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

DATA ____/____/_____ FIRMA_____