

	MODULO RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA SOGGETTI TERZI	MOD RCST/POS12
		Rev. 01 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

Il/La sottoscritto/a, ai sensi dell'art. 92 comma 2 D.lgs. n. 196/2003 (Codice della Privacy), con la presente - consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci,
CHIEDE IL RILASCIO DI COPIA AUTENTICATA DELLA CARTELLA SOCIOSANITARIA DI:

COGNOME	NOME
LUOGO E DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE
MOTIVO DELLA RICHIESTA (*)	

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

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)

	MODULO RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA SOGGETTI TERZI	MOD RCST/POS12
		Rev. 01 del 04/03/2025
		Pag. 2 di 2

(*)Ai sensi dell'art. 92 comma 2 D.lgs. n. 196/2003 (Codice della Privacy) eventuali richieste di presa visione o di rilascio di copia della cartella clinica e dell'acclusa scheda di dimissione ospedaliera da parte di **soggetti diversi dall'interessato** potranno essere accolte dalla struttura – in tutto o in parte – solo se la richiesta è motivata dalla *documentata* necessità di: 1) esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria, ai sensi dell'art. 9 par. 2 lett. F del Regolamento UE 679/2016 di rango pari a quello dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale; 2) tutelare, in conformità alla disciplina sull'accesso ai documenti amministrativi, una situazione giuridicamente rilevante di rango pari a quella dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale.

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 _____