

Richiesta n.ro _____

Data, ___/___/_____

Io sottoscritto/a

Spett.le
Mater Olbia Hospital
Strada Statale 125 Orientale Sarda,
Località Padrogianus, 07026 Olbia
Ufficio Cartelle Cliniche
ufficio.cartelle@materolbia.com

COGNOME

NOME

LUOGO E DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

RESIDENTE A

RECAPITO TELEFONICO

E-MAIL

In qualità di: Paziente Esercente la patria potestà sul Paziente
 Erede del Paziente Tutore/Curatore del Paziente

Dati del Paziente (non compilare se gli stessi dati del richiedente)

COGNOME

NOME

RESIDENTE A

LUOGO E DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

IMPORTANTE: allegare fotocopia controfirmata di un documento di riconoscimento fronte/retro del Paziente, nonché le certificazioni di legge attestanti la titolarità del richiedente se diverso dal Paziente e copia del bonifico bancario effettuato.

IN ASSENZA DI TUTTI GLI ALLEGATI LA RICHIESTA NON SARÀ EVASA

Richiedo il rilascio di cartella clinica in copia: • Cartacea • Digitale USB

Ricovero dal _____ al _____

Ricovero dal _____ al _____

Ricovero dal _____ al _____

Ricovero dal _____ al _____

Chiedo che la consegna della documentazione avvenga secondo le seguenti modalità:

- PEC al seguente indirizzo: _____
- Servizio postale
- Ritiro di persona

Autorizzo la spedizione al seguente indirizzo:

DESTINATARIO

VIA CIVICO

CAP

COMUNE

PROVINCIA

1. Io sottoscritto dichiaro di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.
2. 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).

3. Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., 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 il Mater Olbia Hospital S.P.A.

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, 2 E 3)

DELEGA AL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

*Si ricorda che la documentazione sanitaria richiesta, in assenza di compilazione del presente modulo di delega al ritiro, non sarà consegnato se non all'interessato.
Per il ritiro della documentazione sanitaria richiesta è indispensabile presentarsi muniti di documento di identità in corso di validità e copia dello stesso.*

Il/La sottoscritto/a: Cognome _____ Nome _____

DELEGA
AL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/La Sig./Sig.ra: Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Pr. _____ il _____

Tipo e documento di identità n° _____

Luogo e Data, _____

Firma _____
(il delegante)

RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

*In data odierna il Sig./la Sig.ra _____ ha ritirato presso la
Struttura Mater Olbia Hospital la documentazione sanitaria richiesta.*

In caso di spedizione e/o di bonifico, allegare copia del relativo attestato di spedizione/pagamento.

Data _____ Firma _____