

## **RICHIESTA RILASCIO COPIA DOCUMENTAZIONE CLINICA**

- **Intestatario/a**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

- **Richiedente** (compilare solo se diverso da intestatario)

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

**in qualità di:**

- delegato (allegare modulo delega e documento d'identità delegante)
- genitore esercente la patria potestà
- tutore/curatore (allegare copia dell'atto di nomina)
- erede legittimo dell'intestatario/a (allegare dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà o altro documento idoneo a qualificarne la legittimità)
- amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina del giudice tutelare)
- perito d'ufficio (allegare copia di conferimento dell'incarico ed autorizzazione all'acquisizione di documentazione sanitaria da parte del Giudice)

**Chiede che gli sia rilasciata la seguente documentazione**

- DOCUMENTAZIONE SANITARIA (5€) relativa a \_\_\_\_\_
- COPIA DI CARTELLA CLINICA (15€, se cartella >20 anni 20€) relativa alla degenza presso il Vs reparto di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- ne richiede la SPEDIZIONE (7€)

**A tal fine DELEGA, liberando la Casa di Cura da qualsiasi responsabilità al riguardo il/la Sign./a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_**  
**Indirizzo \_\_\_\_\_ (Allegare fotocopie documento d'identità (fronte/retro) dell'intestatario della documentazione sanitaria e del delegato.**

Richiesta presentata:

- presso lo sportello o al centralino
- FAX (040390611)
- e-mail ([info@sanatoriotriestino.it](mailto:info@sanatoriotriestino.it))

La presente in conformità alle disposizioni di legge, consapevole della responsabilità penale derivante da dichiarazioni mendaci come da D.P.R. 445/2000, autorizza il Sanatorio Triestino S.p.A. al trattamento dei dati personali in conformità al Codice Privacy D.Lgs.196/2003 e al GDPR 679/2016.

Trieste, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Ritiro presso il Centralino dal lunedì al sabato dalle 8.00 alle 18.00.

Riservato all'Ufficio \_\_\_\_\_