

Richiesta di rilascio copia cartella clinica

Il sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ Via _____

Tel. _____ documento identità _____ n. _____

rilasciato da _____ in data _____

(solo da allegare se la richiesta viene inviata via mail o in altra forma telematica)

in qualità di: familiare che ha sottoscritto impegno di spesa, o Amministratore di sostegno o erede *(specificare i poteri rappresentativi)*:

(da compilare in caso di soggetti che agiscono in rappresentanza di altri soggetti)

Allega alla presente *(atto idoneo a far constatare l'esistenza dei propri poteri rappresentativi se non già consegnato in precedenza o atto notorio con indicazione degli eredi se la cartella riguarda persona deceduta)*

CHIEDE

il rilascio di copia della cartella clinica, per gli usi consentiti dalla legge, relativa al ricovero del

Sig./Sig.ra _____ presso la CRA _____, in formato

digitale (gratuito)

cartaceo - pagamento tramite avviso PagoPA sulla base del seguente tariffario

Fino a 500 pagine	€ 11,00
da 501 a 1000	€ 20,00
da 1001 a 1500	€ 25,00
oltre 1500	€ 30,00

DICHIARA

di essere consapevole che l'informativa per l'utilizzo dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679, è consultabile sul sito ufficiale di ASP dei Comuni della Bassa Romagna alla pagina <https://www.aspbassaromagna.it/privacy-policy>

data Firma

.....

DELEGA AL RITIRO

Il sottoscritto _____ delega al ritiro della cartella clinica il
Sig. _____ nato a _____ il _____ documento
identificativo n. _____ (di cui si allega copia).

In fede

.....

Ritirata in data _____ dal Sig. _____

Firma per ricevuta

.....