

RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN COPIA AUTENTICA

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____, in Via _____

recapito telefonico _____ e-mail _____

documento di identità n. _____, rilasciato da _____ il _____

IN QUALITÀ DI:

- diretto/a interessato/a (titolare)
- genitore esercente la responsabilità genitoriale
- tutore/trice, curatore/trice, amministratore di sostegno (estremi dell'atto di nomina)

- erede legittimo/a, testamentario
- delegato/a
- altro (indicare la posizione giuridica di soggetto legittimato) _____

CHIEDE

- COPIA DELLA CARTELLA CLINICA
- ALTRA DOCUMENTAZIONE (specificare) _____

del/la Sig./Sig.ra _____ C.F. _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____, in Via _____

ospite c/o il servizio _____

PERIODO DI RIFERIMENTO:

- 12 mesi antecedenti la presente richiesta
- Dal giorno _____ al giorno _____

FINALITÀ

- finalità previdenziali
- finalità socioassistenziali
- consulto medico/visita specialistica
- dimissione/trasferimento ad altro servizio
- altro _____

La documentazione verrà fornita in file digitale trasmesso tramite Posta Elettronica Certificata PEC da inviarsi al seguente indirizzo PEC _____ salvo

esplicita richiesta di diversa modalità da convenirsi per le motivazioni di seguito indicate:

ALLEGATI

- 1) Fotocopia fronte-retro del documento di riconoscimento in corso di validità della persona richiedente;
- 2) Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (in caso di genitori/eredi/altro legittimato);
- 3) Provvedimento di nomina per i casi di tutela/curatela/amministrazione di sostegno;
- 4) Delega e fotocopia fronte-retro del documento di riconoscimento in corso di validità del delegante e delegato in caso di delega.

Luogo e data: _____, li _____

Firma del richiedente

Per accettazione p. Consorzio Zenit Sociale

I dati saranno trattati da Consorzio Zenit Sociale, anche con strumenti informatici, per gli adempimenti previsti da Leggi e Regolamenti. Il/la sottoscritto/a ne autorizza il trattamento ai sensi del Reg. 679/2016/UE.

Luogo e data: _____, li _____

Firma del richiedente

Da compilare al momento del ritiro in caso consegna differente dall'invio PEC

Data: _____

Firma del richiedente o suo/a delegato/a*

p. Consorzio Zenit Sociale

Documento di identità del/la delegato/a

* previa esibizione della delega al ritiro e documento di riconoscimento del delegato e del delegante

DELEGA PER RITIRO DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in Via _____
CAP _____ Prov. _____ tel. _____ e-mail _____

DELEGA ED AUTORIZZA

il/la Sig./Sig.ra _____ C.F. _____
nato/a a _____ il _____
e residente a _____ in Via _____
CAP _____ Prov. _____ tel. _____ e-mail _____

a ritirare copia della documentazione sanitaria di cui all'allegata richiesta, previa presentazione del documento di identità della persona delegata e di quella della delegante (in originale o in copia controfirmata dal/la titolare), consapevole che tale documentazione contiene dati personali e, in particolare, dati attinenti allo stato di salute e altre categorie particolari di dati, sollevando Consorzio Zenit Sociale da ogni responsabilità anche relativa allo smarrimento o alla visione della stessa da parte di terzi non autorizzati.

Luogo e data _____

Firma _____

A tal fine, il/la sottoscritto/a ne autorizza il trattamento ai sensi del Reg. 679/2016/UE.

Luogo e data _____

Firma del/la richiedente _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____, C.F. _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____, in Via _____
recapito telefonico _____ e-mail _____
documento di identità n. _____, rilasciato da _____ il _____

consapevole delle responsabilità che assume e delle conseguenze penali previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i per chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso,

DICHIARA

in relazione all'istanza presentata, di essere:

- madre/padre esercente la responsabilità genitoriale sul minore _____,
C.F. _____ nato/a a _____
il _____.
- unico erede legittimo del/la Sig./Sig.ra _____,
C.F. _____, nato/a a _____
il _____, deceduto/a il _____, con il/la quale è legato/a dalla seguente relazione di parentela
_____.
- unico erede testamentario del/la Sig./Sig.ra _____,
C.F. _____, nato/a a _____
il _____, deceduto/a il _____, il cui testamento è depositato presso il Notaio
_____.
- coerede legittimo del/la Sig./Sig.ra _____,
C.F. _____, nato/a a _____
il _____, deceduto/a il _____, con il/la quale è legato/a dalla seguente relazione di parentela
_____.
- coerede testamentario del/la Sig./Sig.ra _____,
C.F. _____, nato/a a _____
il _____, deceduto/a il _____, il cui testamento è depositato presso il Notaio
_____.

Altro (indicare la posizione giuridica di soggetto legittimato) _____

I dati saranno trattati per gli adempimenti previsti da Leggi e Regolamenti. Il/la sottoscritto/a ne autorizza il trattamento ai sensi del Reg. 679/2016/UE.

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

Luogo e data: _____, li _____

Firma del richiedente _____