**(Allegato 8)**

Alla Direzione Sanitaria di ……….……..

**Oggetto: modulo richiesta copia di cartella clinica**

Il/la sottoscritto/a ………………………..……….. nato/a a ……..………………………… il ……………………….…… residente in ………………………………. via……………………………………. tel…………………………………… e mail …………………………..............…………., con il documento n. ………………… (allegato in copia), rilasciato da …………………..……………… il ……………………

In qualità di (evidenziare l’opzione corretta):

* diretto interessato;
* genitore
* tutore
* amministratore di sostegno
* erede
* altro

CHIEDE

copia conforme della cartella clinica di:

Nome...............................................Cognome....................................................

Nato a...............................................................................il ....../......../.............

Residente in.......................................................................................................

Via....................................................................................................................

Ricoveri presso i Reparti di

...........................................................................dal.................al.................

...........................................................................dal.................al.................

...........................................................................dal.................al.................

...........................................................................dal.................al.................

………………………………………………………………………………………………….

Si chiede che, in caso di accoglimento dell’istanza, la documentazione sia inoltrata :

* per posta al seguente indirizzo………………
* per pec al seguente indirizzo pec………………
* per mail al seguente indirizzo mail …………………..

Il sottoscritto richiedente DELEGA per il ritiro:

Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data Firma

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali che saranno trattati ai sensi della normativa vigente in materia e della regolamentazione ATS al riguardo, al fine della presente istanza.

Data Firma

*NB. (In caso di soggetto delegato o munito di poteri di rappresentanza allegare: delega e fotocopia documento del delegante e del sottoscritto delegato/documentazione atta sia a l’esistenza dei propri poteri rappresentativi)*