



A.S.L. TO5

Azienda Sanitaria Locale
di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino

**S.C. Direzione Sanitaria
dei Presidi Ospedalieri Riuniti
di Carmagnola, Chieri e Moncalieri**

Direttore f f · Dr.ssa Barbara MITOI A

Sede legale - Piazza Silvio Pellico, 1 - 10023 Chieri (TO) - C.F. e P.I. 06827170017 - www.aslto5.piemonte.it

MODULO 1

RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

(art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n 445)

DATI DELL'INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

(da compilare obbligatoriamente)

Il sottoscritto,

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ (____) il ____/____/____

residente in _____ (____) in Via _____

C.A.P. _____ Cellulare _____ email/Pec _____

Numero del documento _____

Ai sensi dell'art. 38 d.p.r. n. 445/2000, allegare copia del documento di identità

Da compilare se il richiedente non coincide con l'intestatario della documentazione sanitaria

DATI DEL RICHIEDENTE

Il sottoscritto,

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ (____) il ____/____/____

residente in _____ (____) in Via _____

C.A.P. _____ Cellulare _____ email/Pec _____

Numero del documento _____

in qualità di:

- Delegato dell'intestatario (compilare ALLEGATO A)
- Esercente la patria potestà sull'Intestatario (compilare ALLEGATO B)
- Erede dell'Intestatario (compilare ALLEGATO C)
- Tutore/Curatore/Affidatario dell'Intestatario (allegare copia provvedimento)

IN ASSENZA DI ALLEGATI LA RICHIESTA NON SARÀ EVASA

Richiedo il rilascio di cartella clinica in copia:

Digitale (indicare email/PEC): _____ cell: _____

Cartacea a mezzo di posta*

Cartacea ritiro presso il Presidio di _____

Ricovero dal ____/____/____ al ____/____/____ presso il Reparto di _____

del Presidio Ospedaliero di Chieri Moncalieri Carmagnola

Verbale di Pronto Soccorso registrato in data _____

del Presidio Ospedaliero di Chieri Moncalieri Carmagnola

Autorizzo la spedizione cartacea al seguente indirizzo:

Nome Cognome: _____

Comune: _____ (_____) Via/Piazza _____, _____

Cap: _____

*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), sollevando pertanto l'Azienda Sanitaria Locale TO5 da ogni responsabilità legata allo smarrimento o alla visione della corrispondenza da parte di terzi non autorizzati.

“Informativa privacy – Richiesta di documentazione sanitaria

L'ASL TO5 tratta i dati personali nell'ambito della gestione della richiesta di rilascio di documentazione sanitaria, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati (Reg. UE 2016/679).

I dati sono raccolti per finalità di controllo e verifica, trattati da personale autorizzato e non diffusi. L'informativa completa è disponibile sul sito www.aslto5.piemonte.it nell'area Privacy.

LUOGO E DATA

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Firma dell' operatore _____ data _____

Firma di chi ritira la documentazione sanitaria _____ data _____

La somma versata per la copia è pari ad euro _____ data _____