le Terrazze
Casa di Cura per la Riabilitazione e Poliambulatori

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

AL DIRETTORE SANITARIO DELLA CASA DI CURA LE TERRAZZE - CUNARDO (VA)

TIPOLOGIA DI RICHIESTA

☐ **PRIMA COPIA RILASCIATA GRATUITAMENTE AI SENSI DELL'ART. 15 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 (GDPR)**

☐ **COPIA SUCCESSIVA ALLA PRIMA**

Data richiesta: _____

Il/La sottoscritto/a _____Nato/a a_____il_____

Residente a _____Via_____CAP_____

Telefono _____

in qualità di (1) ☐ diretto interessato ☐ tutore ☐ erede ☐ delegato

(1) della cui veridicità si assume ogni responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dalla normativa vigente in caso di dichiarazioni mendaci. Autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.

CHIEDE

il rilascio in copia della seguente cartella clinica

Sig. _____ Ricovero dal _____ al _____
Per uso: _____Delego al ritiro il/la Sig./Sig.ra_____
Documento di riconoscimento _____ n. _____
rilasciato da _____(luogo e data) _____ Firma del Richiedente_____

INFORMAZIONI SUL RILASCIO DELLA CARTELLA CLINICA

Ai sensi dell'art. 15, paragrafo 3, del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), come interpretato dalla Sentenza della Corte di Giustizia dell'Unione Europea del 26/10/2023 (causa C-307/22), la prima copia della cartella clinica richiesta dall'interessato è rilasciata gratuitamente. **Per le richieste successive alla prima è previsto un contributo spese pari a € 50,00 per ciascuna copia. In caso di spedizione, restano a carico del richiedente le spese di invio pari a € 15,00. La tempistica per il rilascio della copia è di 30 giorni dalla presentazione della richiesta.**

AD USO INTERNO

Prima copia gratuita	☐
Copia successiva alla prima	☐
N. copie richieste	
Cartella clinica n.	
Importo dovuto €	
Pagato in data / Fattura n.	

ATTESTAZIONE DI AVVENUTA CONSEGNA DELLA CARTELLA CLINICA

Il/La sottoscritto/a _____
in qualità di:
☐ Diretto interessato ☐ Delegato ☐ Tutore ☐ Erede
dichiara di aver ricevuto in data odierna copia della cartella clinica richiesta, relativa al paziente:
Sig./Sig.ra _____
Cartella clinica n. _____
Data di consegna: ____ / ____ / _____
Firma per ricevuta del paziente o avente diritto Firma dell'operatore che ha effettuato la consegna

_____ _____