

## RICHIESTA COPIA MATERIALIZZATA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA OSPEDALIERA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
 in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
 Documento d'Identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità civili e penali, così come stabilito dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti atti non rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità

### IN QUALITÀ DI (barrare la voce interessata):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> titolare della documentazione   | <input type="checkbox"/> erede legittimo/testamentario<br>(allegare dichiarazione sostitutiva)                    |
| <input type="checkbox"/> persona delegata<br>(allegare delega)                                   | <input type="checkbox"/> genitore esercente la responsabilità genitoriale<br>(allegare dichiarazione sostitutiva) |
| <input type="checkbox"/> tutore/curatore/amministratore di sostegno<br>(allegare atto di nomina) |   |

### CHIEDE COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE SANITARIA

- Cartella Clinica del ricovero/  altra Documentazione Sanitaria. Ospedale di \_\_\_\_\_  
 Unità Operativa di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 Unità Operativa di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 Unità Operativa di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Verbale/OBI di Pronto Soccorso nell'Ospedale di \_\_\_\_\_  
 del \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- Immagini e referti di indagini diagnostiche (radiografie, TAC, RM, ECG, coronarografie, ecc.)
1. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- Referto di riscontro diagnostico (autopsia) data decesso \_\_\_\_\_

**INTESTATA A:** (cognome e nome) \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

Per richiedere copia di Documentazione Sanitaria Ospedaliera diversa da quella sopra elencata o copie multiple, contattare direttamente l'Ufficio Cartelle Cliniche.

### CONSEGNA DOCUMENTAZIONE

- Spedizione all'indirizzo sopra riportato
- Spedizione a:  
 Cognome e Nome \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_
- Ritiro allo Sportello dell'Ospedale di \_\_\_\_\_
- DELEGA al ritiro della documentazione il/la Sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
 che si presenterà al ritiro esibendo un proprio documento d'identità e copia del documento d'identità del delegante

L'Azienda ULSS n 2 Marca trevigiana, in qualità di titolare del trattamento, comunica che tratterà i dati per le finalità correlate al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, in conformità con la disciplina in materia di protezione dei dati personali (art. 13 del Reg. UE 2016/679). Per ulteriori informazioni si rinvia espressamente alla "Informativa agli utenti" pubblicata nel sito aziendale [www.aulss2.veneto.it](http://www.aulss2.veneto.it) in quanto applicabile.

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_