

Struttura di riferimento:

- ☐ **Villa Serena** Via del Camaldolino, 8 - 47121 Forlì (FC) Telefono: 0543.454111 email: sportellivs@ospedaliprivatiforli.it
☐ **Villa Igea** V.le A. Gramsci, 42 - 47122 Forlì Telefono 0543.419511 email: sportellivi@ospedaliprivatiforli.it
☐ **Villa Orchidee** Via Balducci, 38 - 47121 Forlì Telefono 0543.454225 email: sportellivo@ospedaliprivatiforli.it

Dati del richiedente

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ () Via _____

Tel/Cel _____ N° documento d'identità (*) _____

IN QUALITA' DI

- ☐ Intestatario maggiorenne della documentazione sanitaria
- ☐ Minore emancipato intestatario della documentazione sanitaria
(allegare copia del provvedimento di emancipazione del Giudice Tutelare)
- ☐ Genitore esercente la responsabilità genitoriale nei confronti del minore
- ☐ Affidatario del minore ☐ Tutore ☐ Curatore ☐ Amministratore di sostegno
(allegare copia del Provvedimento di affidamento o di nomina)
- ☐ Erede legittimo ☐ Erede testamentario ☐ Convivente del defunto
(allegare dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà)
- ☐ Soggetto portatore di interesse meritevole di tutela nel caso di defunto
(allegare dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà)
- ☐ Persona in unione civile del defunto
(allegare dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà)
- ☐ Legale Rappresentante
(allegare mandato o procura)
- ☐ Delegato
(allegare delega scritta e documento d'identità del delegante e del delegato)
- ☐ Coniuge, figlio oppure, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, dell'intestatario della cartella clinica o di altra documentazione sanitaria, il quale si trova in una situazione di impedimento temporaneo alla sottoscrizione ed alla dichiarazione, per ragioni connesse allo stato di salute (ex art. 4, comma 2 D.P.R. 445/2000)

Motivazione _____

- ☐ Altro (specificare) _____

Documentazione richiesta

☐ **COPIA DELLA CARTELLA CLINICA N°** _____

Intestata a _____ Data di nascita _____

Ricovero presso il reparto di _____

_____ dal _____ al _____

_____ dal _____ al _____

☐ **ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA** (specificare referti, esami diagnostici, ecc) _____

Intestata a _____ data di esecuzione _____

Modalità di ritiro

☐ **RITIRO PERSONALE** (obbligo di esibire documento di identità in corso di validità)

☐ **SPEDIZIONE VIA EMAIL** (indicare indirizzo email o PEC)

Email _____

Pec _____

☐ **SPEDIZIONE POSTALE** (previo pagamento delle spese di riproduzione e spedizione)

Destinatario _____

Via _____ n° _____

Località _____ (prov. _____) C.A.P. _____

☐ **DELEGA AL RITIRO** (allegare delega scritta e documento d'identità del delegante e delegato)

Delegato _____

Nato/a a _____ il _____

DICHIARAZIONE E CONSENSO Dichiaro di essere consapevole delle disposizioni dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 in merito alla responsabilità per dichiarazioni false e di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli art. 13 e 14 del Reg. UE 2016/679. L'informativa completa è disponibile sul sito: www.ospedaliprivatiforli.it/gruppo/privacy-e-informative/.
Titolare del trattamento: Ospedali Privati Forlì S.p.A. Per l'esercizio dei diritti previsti dagli art. 15-22 del GDPR, contattare: privacy@ospedaliprivatiforli.it

Data richiesta

Firma interessato/delegante

Firma delegato

RICEVUTA DI CONSEGNA

Documentazione ritirata da _____

Data _____ Firma per ricevuta _____

Firma operatore consegna _____

Documentazione spedita il _____

Firma operatore spedizione _____

NOTE IMPORTANTI:

- Allegare copia del documento d'identità in corso di validità del richiedente e del delegante (se previsto).
- In caso di richiesta via email o posta, allegare sempre la documentazione richiesta a seconda del richiedente (es. dichiarazione di erede, procura, certificati, ecc.).
- Se la richiesta non viene firmata presso lo sportello, allegare copia del documento di riconoscimento.