

RICHIESTA di COPIA di DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Alla Direzione Sanitaria di Humanitas Cellini

Il sottoscritto:

Nome _____ Cognome _____ Nato a _____
Prov. _____ il _____ Documento di identità _____ n° _____
Rilasciato da _____ Telefono _____

Consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del d.p.r. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA DI ESSERE

- Intestatario della documentazione sanitaria** (per richieste inoltrate via fax 011.30275245 o e-mail cartelle.cliniche@clinicacellini.it allegare copia del documento d'identità)
- Genitore esercente la patria potestà** (allegare copia del documento di identità)
- Tutore** (allegare copia della sentenza attestante lo stato di tutore e copia del documento di identità)
- Erede che agisce in nome e per conto degli altri coeredi** (allegare copia del documento di identità)

Dell'intestatario della documentazione sanitaria di seguito indicato (solo se soggetto diverso dal richiedente):

Nome _____ Cognome _____
Nato a _____ Prov. _____ il _____

CHIEDE

- n° _____ copie della cartella clinica/cartella ambulatoriale relativa al periodo di ricovero dal _____
al _____

PROVVEDERÀ AL RITIRO CON LE SEGUENTI MODALITÀ:

- Provvederà **personalmente a scaricare (download)** la documentazione da area internet ad accesso sicuro e riservato (https + credenziali di accesso + captcha), su Personal Computer o altro dispositivo informatico. Autorizza, inoltre, che vengano comunicati, con e-mail al proprio Indirizzo di Posta Elettronica e con SMS al proprio numero di cellulare, gli elementi utili all'accesso al WEB (istruzioni, link e credenziali) per il download.

PER AVVIARE IL PROCESSO DI DIGITALIZZAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA, il/la medesimo riceverà una e-mail all'indirizzo di posta elettronica indicato ed un SMS con un codice OTP (ovvero una password temporanea).

PER SCARICARE I DOCUMENTI DIGITALIZZATI E/O RIMUOVERLI DAL WEB

Cliccando sul link "Download Documentazione Sanitaria" verranno richieste le ultime cifre del numero di cellulare, la mail indicata sul modulo della richiesta, la data di nascita dell'intestatario della documentazione ed il codice ricevuto tramite SMS. Il download sarà possibile solo se completati correttamente tutti i passaggi previsti. Cliccando su "Scarica documentazione" sarà quindi possibile effettuare il download della cartella clinica in formato .pdf, firmata digitalmente e contenuta all'interno di un file .zip.

Il/la sottoscritto/a potrà collegarsi all'**area WEB riservata per il Download/Cancellazione dei file per un tempo determinato (45 giorni, dal primo accesso)**.

Allo scopo **indica** il seguente indirizzo di posta elettronica per consegna WEB: _____

Allo scopo **indica** il seguente numero di Telefono Mobile per consegna WEB: _____

- Provvederà personalmente al ritiro della documentazione richiesta
- Nell'impossibilità di potervi provvedere personalmente:
 - delega al ritiro compilando la sottostante sezione "DELEGA AL RITIRO"
 - chiede che la documentazione venga spedita tramite posta raccomandata (costi di spedizione a carico del richiedente) all'indirizzo presente in cartella clinica o al seguente indirizzo: _____

Per ricevere l'avviso di ritiro/spedizione della documentazione clinica richiesta, È INDISPENSABILE indicare qui di seguito il numero di Cellulare: _____

Il sottoscritto, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 - Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati, acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Data _____ Firma _____

Di norma la copia della documentazione sanitaria è pronta in circa 10 giorni dalla domanda. In taluni casi, per consentire le prassi di chiusura della cartella clinica o ambulatoriale da parte del personale di reparto, potrebbe intercorrere un tempo maggiore.

DELEGA AL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

*Si ricorda che la documentazione sanitaria richiesta, in assenza di compilazione del presente modulo di delega al ritiro, non sarà consegnato se non all'interessato.
Per il ritiro della documentazione sanitaria richiesta è indispensabile presentarsi muniti di documento di identità in corso di validità.*

Data _____

Il/La sottoscritto/a: Cognome _____ Nome _____

DELEGA

Il/La Sig./Sig.ra: Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Pr. _____ il _____

Tipo e documento di identità n° _____

Al ritiro della documentazione sanitaria, previa esibizione del documento d'identità.

Data _____ Firma _____

RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

In data odierna il Sig./la Sig.ra _____ ha ritirato la documentazione sanitaria.

Data _____ Firma _____