

## 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](mailto: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 al ritiro della documentazione richiesta
- 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/a riceverà una prima e-mail, necessaria alla propria identificazione. Ad essa risponderà completando i dati richiesti: ad es. alcune cifre del Numero del Telefono Cellulare. Se tutto OK, riceverà una seconda e-mail contenente un link per scaricare i documenti + un SMS che gli/le comunicherà una Password temporanea (la password sarà composta da 8 caratteri alfanumerici).

### PER SCARICARE I DOCUMENTI DIGITALIZZATI E/O RIMUOVERLI DAL WEB

Il/la sottoscritto/a attiverà il link inviatogli/le nella seconda e-mail. Quando richiesto, inserirà **1) Utente** = alla propria e-mail; **2) Password** = la password ricevuta da SMS; **3) compilerà, inoltre, il campo Captcha** (per evitare collegamenti da parte di programmi malevoli). **Se tutto OK**, si avvierà la copia dei file sul proprio Personal Computer o altro dispositivo informatico.

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: \_\_\_\_\_

- 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 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. Il costo per il rilascio della documentazione sanitaria e per l'eventuale spedizione è dettagliato nel tariffario di Humanitas Cellini consultabile presso il CUP sito in Via B. Cellini 2.

## **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 \_\_\_\_\_