**(Allegato 3)**

Alla Direzione Sanitaria di Presidio

**Oggetto: Richiesta copia di cartella clinica e documentazione sanitaria**

Il/la sottoscritto/a …………………………………... nato/a a ……………………………… il ……………….. C.F. ………………………………………. residente in …………………………. via…………………………. tel. ………………………… e mail …………………………………………..., con il documento n. ………………… (allegato in copia), rilasciato da ……………………….…… il ……………………

In qualità di (indicare l’opzione corretta):

□ diretto interessato  
□ genitore  
□ tutore  
□ amministratore di sostegno  
□ erede  
□ altro ……………………………………………………………………………………………………………..

**CHIEDE**

copia conforme di (indicare l’opzione corretta):

□ Cartelle Cliniche

□ Schede di Dimissioni Ospedaliere (SDO)

□ Lastre Radiologiche/Pellicole, CD/DVD di immagini/referti

□ Referti Diagnostici

□ Referti analitici

□ Verbali/Cartelle Sanitarie relativi a prestazioni di Pronto Soccorso

□ Certificazioni Sanitarie riguardanti Pazienti assistiti in Ospedale

□ Registri operatori e Verbali Operatori

□ Riscontro autoptico e/o verbale autopsia

□ Tracciati

□ Altro……………………………………………………………………………………………………………..

relativa a:

Nome .................................................... Cognome ....................................................

Nato/a a ......................................................… il ....../......../............. C.F. ……………………….………….

Residente in........................................… Via....................................................................

ricoverato/a presso i Reparti di:

........................................................................… dal ....../......../............. al ....../......../.............

........................................................................… dal ....../......../............. al ....../......../.............

........................................................................… dal ....../......../............. al ....../......../.............

........................................................................… dal ....../......../............. al ....../......../.............

In caso di accoglimento dell’istanza, che la documentazione sia inoltrata:

□ per pec al seguente indirizzo pec …………………………………………………………………...…..

□ per mail al seguente indirizzo mail ……………………………………………………..……………….

□ per posta al seguente indirizzo ………………………………………………………………………….

□ ritirata a mano presso il Presidio Ospedaliero ……………………………………………………..….

Il sottoscritto richiedente DELEGA per il ritiro:

Nome .................................................... Cognome ....................................................

Nato/a a ......................................................… il ....../......../............. C.F. ……………………….………….

Residente in........................................… Via....................................................................

Data ……………………………… Firma …………………………………..

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali che saranno trattati ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, ai sensi del Reg. UE 679/2016 (GDPR), del D. Lgs. 196/2003 (c.d. Codice Privacy) e s.m.i., nonché della regolamentazione ASL n. 5 di Oristano, al fine della presente istanza.

Data ……………………………… Firma …………………………………..

*N.B.: In caso di soggetto delegato o munito di poteri di rappresentanza allegare: delega e fotocopia documento del delegante e del sottoscritto delegato, la documentazione atta sia a comprovare il proprio interesse ad esercitare il diritto di accesso sia a far constatare l’esistenza dei propri poteri rappresentativi.*