**(Allegato 4)**

 Alla Direzione di Dipartimento/Servizio/Distretto

 …………………………………………….

**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 ambulatoriali relative a pazienti trattati in sede ambulatoriale

□ Tracciati

□ Cartelle sanitarie di Hospice

□ Cartelle sanitarie di assistenza domiciliare

□ Cartelle sanitarie relative a valutazione dell’UVT (Unità di Valutazione Territoriali)

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

relativa a:

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

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

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

periodo di riferimento:

........................................................................… 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 ……………………………………………………………………….…

Il sottoscritto richiedente DELEGA per il ritiro:

Nome ………………………………… Cognome ………………………… nato/a …………………………… il .........…............ 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.*