



**PROCEDURA RICHIESTA COPIA CARTELLA
SANITARIA**

COD: PR-AMM- 02
Rev: 01
Data : 17.04.2023

Spazio riservato all'Ufficio Protocollo

Al Sig. Direttore della Casa di
Riposo 'Tomitano e Boccassin'
Motta di Livenza TV

Oggetto: richiesta di rilascio di copia della cartella clinica/esami clinici

Con la presente è richiesta copia conforme della documentazione:

- Cartella Sanitaria (esami clinici + terapia);
- Esami clinici: (specificare tipologia)
- Terapia in atto per la patologia

dell'Ospite:

NomeCognome

Nato a il

Residente a..... Cap.....Prov.....,

Via.....

LA RICHIESTA È EFFETTUATA:

- Dallo stesso Interessato;**
- Dal Sottoscritto:**

NomeCognome

Nato a il

Residente a Prov., Via.....

Telefono: Mail:

- In qualità **TUTORE** del interessato;
- In qualità di **AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO** ai sensi della L. n. 6/2004 dell'Ospite;
- In qualità di **EREDE** del Titolare della Cartella per esigenze di tutela del **DECEDUTO** o per ragioni familiari meritevoli di tutela.

EMESSO DA : DIR DATA: 21/12/2020	VISTO DA : RGQ 21/12/2020	APPROVATO DA: DIR 21/12/2020
Rev: in data 17/04/2023	Visto da RGQ: 17/04/2023	Approvato da Direzione 17/04/2023



**PROCEDURA RICHIESTA COPIA CARTELLA
SANITARIA**

COD: PR-AMM- 02
Rev: 01
Data : 17.04.2023

- Nell'esercizio del **diritto d'accesso**, ai sensi della Legge 241/1990, per la tutela di una situazione giuridicamente rilevante di rango pari a quella dell'interessato e cioè che consiste in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile.

MOTIVO DELLA RICHIESTA:

N.B.: La richiesta non potrà essere presa in esame in caso di mancata, o superficiale, esposizione dei motivi posti alla base della richiesta di accesso

.....
.....
.....

Il richiedente è consapevole:

- ✓ che il soddisfacimento della sua richiesta è subordinato al rispetto delle disposizioni contenute nella normativa europea sulla tutela dei dati GDPR 679/2016; la sua richiesta sarà inoltrata al Medico competente, in qualità di titolare del Trattamento.
- ✓ la sua richiesta potrà motivatamente essere rifiutata
- ✓ che dovrà provvedere al ritiro della documentazione entro 30 giorni dalla data della presente.

IL SOTTOSCRITTO RICHIEDENTE, consapevole dell'obbligo, nel caso di dichiarazione mendace, di restituire all'Ente la documentazione ricevuta e di risarcire l'eventuale danno, consapevole altresì delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e delle decadenze dai benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimenti adottati sulla base di dichiarazione non veritiera, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

CHE QUANTO ESPOSTO NEL PRESENTE MODULO CORRISPONDE A VERITA'

Data,

Firma:

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445/2000, se la dichiarazione non è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto deve essere allegata la fotocopia, non autenticata, del documento del dichiarante.

EMESSO DA : DIR DATA: 21/12/2020	VISTO DA : RGQ 21/12/2020	APPROVATO DA: DIR 21/12/2020
Rev: in data 17/04/2023	Visto da RGQ: 17/04/2023	Approvato da Direzione 17/04/2023



**PROCEDURA RICHIESTA COPIA CARTELLA
SANITARIA**

COD: PR-AMM- 02
Rev: 01
Data : 17.04.2023

Visto si autorizza: IL MEDICO CURANTE

Specificazione riguardante la consegna: il Direttore dell'Ente autorizza con la presente alla consegna diretta – in busta chiusa - al richiedente/delegato, l'Ufficio Segreteria o l'Assistente Sociale.

➤ **n.b.: nel caso di invio tramite PEC farà fede la notifica di ricevuta elettronica**

**Firmato:
Paolo Giacopello**

NomeCognome

Nato a il

Residente a Prov., Via.....

dichiara di aver ricevuto in data dalle mani di
..... una busta chiusa che risulta contenere la
documentazione richiesta.

In fede

Data..... firma

Nel caso in cui la consegna venga effettuata nelle mani del delegato questi dovrà esibire un valido documento di identità:

Identità del richiedente/delegato accertata mediante.....

Il Funzionario della Casa di
riposo.....

(l'identità del richiedente non delegato viene accertata mediante la fotocopia del documento di identità allegato alla domanda)

Specificazioni:

- ✓ La presente domanda va inviata agli uffici amministrativi che provvederanno:
 - alla sua acquisizione agli atti mediante protocollo;
 - all'inoltro della richiesta al Direttore e all'Assistente Sociale e per conoscenza all'Ufficio Qualità.
- ✓ Nel caso in cui vi siano dubbi in ordine al diritto del soggetto richiedente a ricevere i dati particolari in questione oppure in merito alla effettiva sussistenza del rapporto di parentela, tutela, ecc. l'Assistente Sociale o chi ne fa le veci chiederà preventivamente informazioni al Coordinatore di Nucleo; la documentazione integrativa che verrà eventualmente richiesta andrà allegata alla domanda;

EMESSO DA : DIR DATA: 21/12/2020	VISTO DA : RGQ 21/12/2020	APPROVATO DA: DIR 21/12/2020
Rev: in data 17/04/2023	Visto da RGQ: 17/04/2023	Approvato da Direzione 17/04/2023



**PROCEDURA RICHIESTA COPIA CARTELLA
SANITARIA**

COD: PR-AMM- 02
Rev: 01
Data : 17.04.2023

- ✓ Il presente documento con le carte allegate, al termine dell'iter verrà conservato nel fascicolo personale dell'Ospite presso l'Ufficio dell'Assistente Sociale.

EMESSO DA : DIR DATA: 21/12/2020	VISTO DA : RGQ 21/12/2020	APPROVATO DA: DIR 21/12/2020
Rev: in data 17/04/2023	Visto da RGQ: 17/04/2023	Approvato da Direzione 17/04/2023