

**Allegato 3: Modello B:**

**RICHIESTA ACCESSO AI DOCUMENTI SANITARI**

Data _____
Prot. n. _____
(A cura dell'ufficio)

Azienda Sanitaria Locale  
(DIREZIONE SANITARIA)  
Via Monte Grappa, 82  
07100, Sassari

<b>Intestatario della cartella</b>
Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ (____) il _____ residente _____ (____) in Via/C.so/P.zza _____ n. _____ documento di identità (tipo e numero) _____ codice fiscale ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____ cittadinanza (indicare se diversa da quella italiana) _____, recapito telefonico _____,

<b>Richiedente</b> (compilare solo se persona diversa dall'intestatario)
Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ (____) il _____ residente _____ (____) in Via/C.so/P.zza _____ n. _____ documento di identità (tipo e numero) _____ codice fiscale ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____ cittadinanza (indicare se diversa da quella italiana) _____, recapito telefonico _____,
consapevole che ai sensi del D.P.R. 445/2000, in caso di false dichiarazioni accertate dall'amministrazione procedente, verranno applicate le sanzioni penali previste e che i cittadini extracomunitari possono dichiarare solo fatti, stati e qualità certificabili ovvero attestabili da parte di soggetti pubblici italiani, ed a conoscenza che il trattamento dei dati personali è disciplinato ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i.,
<b>DICHIARA DI ESSERE</b>
<input type="checkbox"/> <b>Delegato</b>
<input type="checkbox"/> <b>Erede legittimo o testamentario</b> del sig./sig.ra _____
<input type="checkbox"/> <b>Genitore esercente la potestà genitoriale</b>
<input type="checkbox"/> <b>Tutore</b>
<input type="checkbox"/> <b>Amministratore di sostegno</b>
<input type="checkbox"/> <b>Medico curante</b>
<input type="checkbox"/> <b>Autorità Giudiziaria/polizia giudiziaria</b>
<input type="checkbox"/> <b>I.N.A.I.L.</b>
<input type="checkbox"/> <b>Direttore sanitario o rappresentante legale di altri ospedali o cliniche</b> , a seguito di trasferimento del paziente in dette strutture, previa richiesta motivata;
<input type="checkbox"/> <b>Dirigenti o organi di gestione dell'ente presso cui il paziente si trova ricoverato per ragioni d'ufficio</b> (responsabilità civile, motivi assicurativi, ecc.).
<b><u>Vedasi indicazioni del regolamento</u></b>

esprimo a codesta Azienda il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili nel rispetto della normativa vigente (D.lgs. 196/2003 e s.i.m.)

### CHIEDE COPIA CARTELLA CLINICA

	Degenza nel Reparto	dal	al
1			
2			
3			

Spedizione postale (**con spese a carico del destinatario**) all'indirizzo:

\_\_\_\_\_

Ritiro presso \_\_\_\_\_ solo dal richiedente salvo esplicita delega.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Salvo che la richiesta sia sottoscritta in presenza del dipendente addetto, ALLEGARE copia di documento di riconoscimento valido del richiedente**