

Richiesta di rilascio della documentazione clinica

Alla Direzione Medica del Servizio di Medicina di Base

Scelga uno dei seguenti indirizzi:

- Bolzano | Piazza W.-A.-Loew-Cadonna, 12 | 39100 Bolzano | tel. 0471 909 133 | fax 0471 909 137 | e-mail: medbase.bz@sabes.it
- Merano | via Roma, 3 | 39012 Merano | tel. 0473 496 746 | fax 0473 496 748 | e-mail: basismedizin@sabes.it
- Bressanone | via Roma, 5 | 39042 Bressanone | tel. 0472 813 660 | fax 0472 813 659 | e-mail: basismedizin.bx@sabes.it
- Brunico | Vicolo dei frati, 3 | 39031 Brunico | tel. 0474 586 511 | fax 0474 586 501 | e-mail: medicina-base-brunico@sabes.it

Il sottoscritto/La sottoscritta
.....

nato/a a il

residente a

documento d'identificazione..... rilasciato da

il tel.....

chiede

il rilascio in copia della **propria**

scheda ambulatoriale (prego indicare)

.....

cartella clinico-assistenziale domiciliare (prego indicare)

.....

il rilascio in copia della documentazione **di**

nato/a a il

residente a

scheda ambulatoriale (prego indicare)

.....

cartella clinico-assistenziale domiciliare (prego indicare)

.....

e dichiara

avvalendosi della disposizione dell'art. 47 comma 3, Testo Unico sulla documentazione amministrativa (DPR n.445/00) barrando le caselle che interessano e consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 DPR n. 445/00 in caso di dichiarazioni mendaci, di essere:

- il/la titolare della documentazione
- l'esercente la responsabilità genitoriale
- il tutore/la tutrice della persona suddetta
- l'amministratore di sostegno/l'amministratrice di sostegno della persona suddetta ed avendo la specifica competenza in relazione al decreto di nomina per la presentazione della domanda
- l'erede legittimo in qualità di
- il delegato/la delegata del/della titolare della documentazione (a questa richiesta deve essere inoltre allegata: la delega opportunamente sottoscritta dall'avente titolo ed una copia di un documento d'identità in corso di validità di quest'ultimo)

Modalità di consegna della documentazione

- Si chiede che la copia sia indirizzata al seguente indirizzo (pagamento in contrassegno):.....
.....
- Il/la richiedente ritira la copia.
- È delegato per il ritiro:

Il sottoscritto/La sottoscritta dichiara inoltre di aver preso conoscenza della specifica „Informativa sul trattamento dei dati personali finalizzato al rilascio di copia della documentazione clinica” esposta presso l'Ufficio accettante la domanda e sul link [http://www.sabes.it/ it / servizi- informazione .asp](http://www.sabes.it/it/servizi-informazione.asp).

Luogo e data

Firma del/della richiedente

Allegato: copia di un documento d'identificazione in corso di validità del/della richiedente

Ritiro della documentazione

Il sottoscritto/La sottoscritta
nato/a a il
residente a
documento d'identificazione rilasciato da
il tel.

Firma del/della ricevente