

RICHIESTA RILASCIO COPIA DOCUMENTAZIONE CLINICA (PRIMA COPIA GRATUITA SE RICHIESTA DAL TITOLARE. LE SPESE POSTALI PER EV. SPEDIZIONE PERMANGONO A CARICO DEL RICHIEDENTE)

- **Intestatario/a**

Nome _____ Cognome _____ nato/a _____ Prov _____
il _____ Indirizzo _____ N. _____ Città _____ CAP _____
Prov _____ Telefono _____ cellulare _____

- **Richiedente** (compilare solo se diverso da intestatario)

Nome _____ Cognome _____ nato/a _____ Prov _____
il _____ Indirizzo _____ N. _____ Città _____ CAP _____
Prov _____ Telefono _____ cellulare _____

in qualità di:

- delegato (allegare modulo delega e documento d'identità delegante)
- genitore esercente la patria potestà
- tutore/curatore (allegare copia dell'atto di nomina)
- erede legittimo dell'intestatario/a (allegare dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà o altro documento idoneo a qualificarne la legittimità)
- amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina del giudice tutelare)
- perito d'ufficio (allegare copia di conferimento dell'incarico ed autorizzazione all'acquisizione di documentazione sanitaria da parte del Giudice)

Chiede che gli sia rilasciata la seguente documentazione

- DOCUMENTAZIONE SANITARIA (5€) relativa a _____
- COPIA DI CARTELLA CLINICA (15€, se cartella >20 anni 20€) relativa alla degenza presso il Vs reparto di _____ dal _____ ne richiede la SPEDIZIONE (7€) ne richiede la SPEDIZIONE con raccomandata (10€)

A tal fine DELEGA, liberando la Casa di Cura da qualsiasi responsabilità al riguardo il/la Sig/a _____ nato/a _____ il _____ residente a _____ Indirizzo _____ (Allegare fotocopie documento d'identità (fronte/retro) dell'intestatario della documentazione sanitaria e del delegato.

Richiesta presentata:

- presso lo sportello o al centralino
- e-mail (reception@sanatoriotriestino.it)

La presente in conformità alle disposizioni di legge, consapevole della responsabilità penale derivante da dichiarazioni mendaci come da D.P.R. 445/2000, autorizza il Sanatorio Triestino S.p.A. al trattamento dei dati personali in conformità al Codice Privacy D.Lgs.196/2003 e al GDPR 679/2016.

Trieste, _____ Firma _____

Ritiro presso il Centralino dal lunedì al sabato dalle 8.00 alle 18.00.

Riservato all'Ufficio _____

Casa di Cura SANATORIO TRIESTINO SpA – Via Domenico Rossetti, 62 – 34141 Trieste (TS) – Tel.0409409511

Capitale Sociale Euro 1.240.000 – Codice Fiscale e n.Iscrizione Reg.Imprese 00130810328

P. IVA 03831150366 - REA TS 11540

Società soggetta ad attività di direzione e coordinamento di GHC S.p.A.