**(Allegato 8)**

 Alla Direzione Sanitaria di ……………...…….……..

**Oggetto: Modulo richiesta copia di cartella clinica**

Il/la sottoscritto/a …………………………………... nato/a a ……………………………… il ……………….. residente in …………………………. via…………………………. tel………………………… e mail ………………………., con il documento n. ………………… (allegato in copia), rilasciato da ……………………….…… il ……………………

In qualità di (evidenziare l’opzione corretta):

* diretto interessato
* genitore
* tutore
* amministratore di sostegno
* erede
* altro

CHIEDE

copia conforme della cartella clinica di:

Nome ............................................…………..……... Cognome .....................................…………………..

Nato a .............................................….............................… il ...…....................

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

Ricoveri presso i Reparti di

........................................................................… dal ....../......../............. al ....../......../.............

........................................................................… dal ....../......../............. al ....../......../.............

........................................................................… dal ....../......../............. al ....../......../.............

........................................................................… dal ....../......../............. al ....../......../.............

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

Si chiede che, in caso di accoglimento dell’istanza, la documentazione sia inoltrata:

* per posta al seguente indirizzo ……………………………………………………...
* per pec al seguente indirizzo pec …………………………………………………..
* per mail al seguente indirizzo mail ………………………………………………….

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 e della regolamentazione ATS al riguardo, recepita dall’ASL n. 5 di Oristano con Deliberazione del Direttore Generale n. 115 del 19/04/2022, 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.*