



AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE DEI SETTE LAGHI
**MODULO DI RICHIESTA DI COPIA DI
CARTELLA CLINICA E /O ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Sede del Presidio Ospedaliero

☐ Varese Circolo ☐ Varese F. Del Ponte ☐ Cittiglio ☐ Luino ☐ Angera ☐ Tradate ☐ Cuasso

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____ tel. _____

In qualità di:

☐ diretto/a interessato/a

- ☐ legittimo/a erede di ⁽¹⁾:

☐ esercitante la rappresentanza legale nei confronti di ⁽¹⁾: _____

☐ esercitante la patria potestà nei confronti del minore ⁽¹⁾: _____

Sig./Sig.ra/minore _____ nato/a a _____ il _____

☐ deceduto/a in data _____

CHIEDO IL RILASCIO

per gli usi consentiti dalla legge della copia della seguente documentazione:

☐ Cartella clinica integrale Periodo di ricovero: dal _____ al _____ Reparto: _____ Periodo di ricovero: dal _____ al _____ Reparto: _____	☐ Prima copia ⁽¹⁾⁽²⁾	☐ Copia successiva alla prima
☐ Estratto di cartella clinica Periodo di ricovero: dal _____ al _____ Reparto: _____ Periodo di ricovero: dal _____ al _____ Reparto: _____	☐ Prima copia ⁽¹⁾⁽²⁾	☐ Copia successiva alla prima
☐ Verbale di Pronto Soccorso Data di accesso: _____	☐ Prima copia ⁽¹⁾⁽²⁾	☐ Copia successiva alla prima
☐ Referto di documentazione radiologica: data _____	☐ Prima copia ⁽¹⁾⁽²⁾	☐ Copia successiva alla prima
☐ CD di documentazione Radiologica: data _____	☐ Prima copia ⁽¹⁾⁽²⁾	☐ Copia successiva alla prima
☐ Altra documentazione sanitaria (specificare tipologia e data di riferimento) _____ _____	☐ Prima copia ⁽¹⁾⁽²⁾	☐ Copia successiva alla prima

(1) Il/la sottoscritto/a DICHIARA di avere l'assenso degli altri eventuali aventi diritto a richiedere e ritirare il documento di cui alla presente istanza (altro genitore, altri eredi, ecc..) assumendosene tutte le eventuali responsabilità. Il/la sottoscritto/a DICHIARA inoltre, sotto la propria responsabilità, di essere a conoscenza di quanto previsto dagli art. 71, 75 e 76 del DPR n° 445/2000 in merito alla responsabilità penale prevista per chi rende false dichiarazioni, di avere preso atto dell'informativa sul trattamento dei dati personali ex art. 13 del REGOLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 27 aprile 2016, presente nella sezione "Privacy" del sito istituzionale di Asst dei Sette Laghi.

(2) Regolamento UE 2016/679 art.15 "Il titolare del trattamento (in questo caso, l'ente sanitario) fornisce una copia dei dati personali oggetto di trattamento. In caso di ulteriori copie richieste dall'interessato, il titolare del trattamento può addebitare un contributo spese ragionevole basato sui costi amministrativi". Sul punto vedasi anche la sentenza della Corte Ue C-307/22 del 26 ottobre 2023.

Data _____

Firma _____

**ALLEGARE SEMPRE COPIA DI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO
DEL RICHIEDENTE E DEL DELEGATO**

☐ Delego al ritiro il/la Sig./Sig.ra: ☐ Spedire al seguente indirizzo: