

RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Alla Direzione Medica di Presidio:

Presidio Ospedaliero di Legnano-Cuggiono

Sede di Legnano

Sede di Cuggiono

Data,

Presidio Ospedaliero di Magenta-Abbiategrasso

Sede di Magenta

Sede di Abbiategrasso

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ (_____
in Via _____ n° _____
telefono _____ documentodiriconoscimento _____ n° _____

Intestatario della documentazione sanitaria

OPPURE

Consapevole delle pene previste dall'art.76 del D.P.R 445/2000 per mendaci dichiarazioni e falsità in atti e che la presente dichiarazione è soggetta al controllo da parte dell'Ospedale ai sensi dell'art.72 del medesimo D.P.R., dichiara di essere :

Erede legittimo e che tutti gli altri eredi non dissentono dalla presente richiesta (Allegare Mod. 3 compilato)
 Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno (Allegare Provvedimento di nomina)
 Genitore Esercente la potestà (Allegare Mod. 2 compilato)
 Delegato (Allegare Mod. 4 compilato)

DI

nato/a a _____

il _____ documentodiriconoscimento _____ n° _____

CHIEDO COPIA DI

Cartella Clinica Cartella Ambulatoriale Referto esame Verbale Pronto Soccorso
 Altro (specificare) _____

Relativa a ricoveri/prestazioni ambulatoriali effettuati presso:

Ospedale di _____ reparto di _____
dal _____ al _____ n° pratica _____

Ambulatorio di _____ in data _____

Per il ritiro chiede che la copia della documentazione venga:

Recapitata per posta al seguente indirizzo

Resa disponibile presso il CUP
 Resa disponibile presso il Servizio Accettazione Ricoveri (Magenta - Abbiategrasso)

DI AVER PRESO VISIONE DELLA NOTA INFORMATIVA

Firma dell'operatore di sportello

Firma del richiedente

L'ASST Ovest Milanese, in qualità di titolare del trattamento, comunica che tratterà i dati per le finalità correlate al procedimento per il quale la presente richiesta viene presentata, in conformità con la disciplina in materia di protezione dei dati personali (art. 13 del Reg. UE 2016/679).