

RICHIESTA CARTELLA CLINICA

Al Direttore Sanitario
Presso Struttura Sanitaria

Dati del Richiedente:

Nome e Cognome: _____
Codice Fiscale: _____
Indirizzo: _____
Telefono / Email: _____

Dati del Paziente:

Nome e Cognome: _____
Codice Fiscale: _____
Data di Nascita: _____
Residenza: _____

Oggetto della Richiesta:

Con la presente, il sottoscritto richiede, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), la copia integrale della Cartella Clinica relativa al paziente sopra indicato, detenuta presso codesta struttura sanitaria, comprensiva di tutte le informazioni, referti, immagini e documentazione sanitaria necessaria per una completa conoscenza dello stato clinico.

Finalità della Richiesta:

La documentazione richiesta è necessaria per uso personale, per la prosecuzione delle cure mediche e per eventuali giudizi clinici. Si garantisce il rispetto della normativa sulla privacy e la destinazione esclusiva dei dati a fini sanitari.

Dichiarazioni:

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la richiesta deve essere trattata nei tempi previsti dalla legge e che ogni uso improprio dei dati è perseguibile a norma di legge.

Firma del Richiedente

Firma per Ricevuta Richiesta

Firma : _____

Firma : _____

Fonte originale di questo documento:

<https://richiesta-pronta.com/richiesta-cartella-clinica-modulo/>

Questo modello ti è stato utile?

Scopri altri modelli aggiornati su:

<https://richiesta-pronta.com>

Vedi più modelli

Questo modello è destinato esclusivamente a un uso personale e non commerciale.
Qualsiasi diffusione o pubblicazione deve citare obbligatoriamente la fonte.

Questo modello è fornito a solo scopo informativo e non costituisce consulenza legale.
Si consiglia di consultare un professionista qualificato per situazioni specifiche.