Istituti di Soggiorno "San Gregorio"
Via dei Capuccini, 2 – 31049 Valdobbiadene (TV)
Tel. 0423 9778 – Fax 0423 976093
www.istitutisangregorio.it
istitutisangregorio@pec.it
protocollo@istitutisangregorio.it
C.F. 83003170269 – P.IVA 01550560260

MODULO DI RICHIESTA COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA DELL'OSPITE

Con la presente si richiede copia conforme della seguente documentazione:

☐ cartella clinica

☐ esami clinici: _____

☐ terapia in atto per la patologia: _____

☐ documentazione amministrativa: _____

☐ ristampa CD: _____

dell'Ospite

nome _____ cognome _____

nato/a a _____ (Prov. ___) il ___/___/_____ residente a

_____ (Prov. ___), e-mail _____

PEC _____ tel. _____ _____

LA RICHIESTA È EFFETTUATA:

☐ dallo stesso interessato
☐ dal sottoscritto:

nome _____ cognome _____

nato/a a _____ (Prov. ___) il ___/___/_____ residente a

_____ (Prov. ___), e-mail _____

PEC _____ tel. _____ _____

In qualità di (*coniuge, genitore, figlio/a, fratello/sorella, nipote…)* _____

☐ in quanto **TUTORE** del titolare della documentazione
☐ in quanto **AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO** del titolare della documentazione, ai sensi della L. n. 6/2004
☐ in qualità di **EREDE** del titolare della documentazione per esigenze di tutela del deceduto o per ragioni familiari meritevoli di tutela
☐ nell'esercizio del **DIRITTO D'ACCESSO**, ai sensi della L. n. 241/1990, per la tutela di una situazione giuridicamente rilevante di rango pari a quella dell'interessato, e cioè che consiste in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile

Istituti di Soggiorno "San Gregorio"
Via dei Capuccini, 2 – 31049 Valdobbiadene (TV)
Tel. 0423 9778 – Fax 0423 976093
www.istitutisangregorio.it
istitutisangregorio@pec.it
protocollo@istitutisangregorio.it
C.F. 83003170269 – P.IVA 01550560260

MOTIVO DELLA RICHIESTA:

_____

_____

_____

N.B.: La richiesta non potrà essere presa in esame in caso di mancata o superficiale esposizione dei motivi posti alla base della richiesta di accesso

Il **SOTTOSCRITTO RICHIEDENTE** dichiara di provvedere al rimborso dei costi di riproduzione, come riportati:

- copia singolo documento: € 5,00
- copia cartella sanitaria: € 30,00
- ristampa CD: € 10,00

con la seguente modalità:

- ☐ addebito nella retta dell'ospite
- ☐ pagamento tramite pagoPA *(allegare la ricevuta del pagamento)*
  Nel caso la richiesta dovesse essere respinta, chiede la restituzione dell'importo versato al seguente IBAN _____

Il **SOTTOSCRITTO RICHIEDENTE**, consapevole dell'obbligo, nel caso di dichiarazione mendace, di restituire all'Ente la documentazione ricevuta e di risarcire l'eventuale danno, e consapevole altresì delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimenti adottati sulla base di dichiarazione non veritiera, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

che quanto esposto nel presente modulo corrisponde a verità

Data ___/___/_____

Firma: _____

Ai sensi dell'art. 38 del DPR n. 445/2000, se la dichiarazione non è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, deve essere allegata la fotocopia, non autenticata, del documento del dichiarante.

Istituti di Soggiorno "San Gregorio"
Via dei Capuccini, 2 – 31049 Valdobbiadene (TV)
Tel. 0423 9778 – Fax 0423 976093
www.istitutisangregorio.it
istitutisangregorio@pec.it
protocollo@istitutisangregorio.it
C.F. 83003170269 – P.IVA 01550560260

La dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal dichiarante, anticipatamente identificato per mezzo di _____

L'operatore incaricato: _____

COMPILARE PER L'INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE TRAMITE E-MAIL

Il sottoscritto richiedente, consapevole dei rischi per la sicurezza delle informazioni, **RICHIEDE E AUTORIZZA** l'invio della documentazione al seguente indirizzo e-mail _____, assumendone ogni responsabilità.

Data ___/___/_____

Firma: _____

COMPILARE SOLO SE SI DELEGA ALTRO SOGGETTO AL RITIRO

Il sottoscritto richiedente **DELEGA** per il ritiro:

nome _____ cognome _____

nato/a a _____ (Prov. ___) il ___/___/_____ residente a

_____ (Prov. ___), e-mail _____

PEC _____ tel. _____ _____

N.B.: Il delegato deve presentarsi con proprio documento di riconoscimento in corso di validità e con la copia di un documento della persona delegante in corso di validità

Data ___/___/_____

Firma: _____

Agg. del 13/10/2026