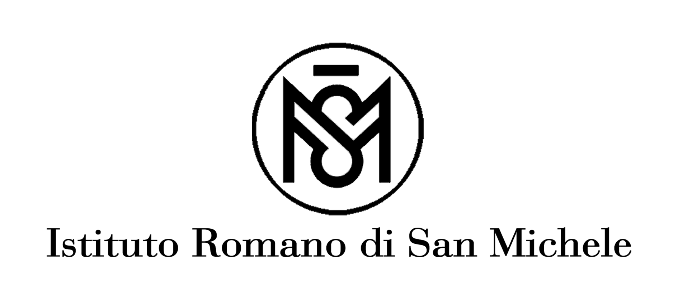
****

Azienda Pubblica di Servizi alla Persona

00147 ROMA – Piazzale Antonio Tosti n.4

Spett.le Istituto Romano di San Michele

**MODULO DI RICHIESTA/DELEGA PER IL RITIRO DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via/p.zza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(*ALLEGARE copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente, datato e sottoscritto*)**

**IN QUANTO**

* diretto interessato
* esercitante la rappresentanza legale nei confronti di (1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* legittimo erede di (2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Dichiara di avere l’assenso di altri aventi diritto a richiedere e ritirare il documento di cui alla presente istanza (es. altri eredi, ecc.), assumendone tutte le eventuali responsabilità*

**CHIEDE il rilascio**, per gli usi consentiti dalla legge, di:

* COPIA DELLA CARTELLA CLINICA, in carta libera;
* COPIA DI ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA, in carta libera

specificare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* ALTRA DOCUMENTAZIONE

specificare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

relativa al/alla Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ospite presso la Casa di Riposo/RSA dell’Istituto Romano di San Michele.

Consapevole delle responsabilità previste dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci o reticenti, dichiara che il motivo a fondamento della presente è il seguente:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In caso di rilascio di quanto richiesto, si impegna ad utilizzare i dati forniti esclusivamente per i motivi sopraindicati.

*Il/La sottoscritto/a DICHIARA sotto la propria responsabilità di essere a conoscenza di quanto previsto dagli artt. 71, 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, sulla responsabilità penale prevista per chi rende false dichiarazioni, sui relativi controlli e sulla conseguente decadenza dai benefici in caso di verifica di dichiarazioni non veritiere.*

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Il/La sottoscritto/a ACCONSENTE al trattamento, da parte dell’Istituto Romano di San Michele, dei propri dati forniti con riguardo alla presente richiesta e per le finalità di cui trattasi, secondo la vigente normativa in materia di privacy.*

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Documentazione richiesta da allegare, in aggiunta al documento di riconoscimento del richiedente, per**:

1. **esercitante la rappresentanza legale nei confronti di interdetto o inabilitato:**

* copia della sentenza attestante il proprio stato di tutore o curatore o copia integrale dell’atto di nascita;

1. **legittimo erede di:**

* dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante la qualità di legittimo erede, la relazione di parentela esistente con il defunto, nonché l’indicazione dei dati anagrafici del defunto.

|  |
| --- |
| **DELEGA**  Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ delega il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via/p.zza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_ al ritiro della sopra descritta documentazione afferente al/alla Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Documento di riconoscimento (tipo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .  (***ALLEGARE copia del documento di riconoscimento in corso di validità del delegato datato e sottoscritto***)  **Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| **MODALITÀ DI PAGAMENTO**  Nel recepire la sentenza della Corte di Giustizia Europea e il dettato Regionale, si comunica che il rilascio della prima copia della cartella clinica di ogni ospite è gratuito.  È altresì gratuito il rilascio della documentazione sanitaria, se disponibile in formato digitale, tramite invio a mezzo mail o pec su richiesta dell’interessato.  Qualora la documentazione richiesta sia disponibile esclusivamente in formato cartaceo e l’interessato richieda l’invio a mezzo mail o pec, l’importo da pagare è di € 0,10 a pagina (scansione) per i costi amministrativi.  Negli altri casi, l’importo da pagare per il rilascio in formato cartaceo della documentazione richiesta è pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in base a quanto segue:   * copia fotostatica in bianco e nero € 0,25 a pagina formato A4/€ 0,50 a pagina formato A3; * copia fotostatica a colori € 0,35 a pagina formato A4/€ 0,70 a pagina formato A3).   Modalità di rilascio della documentazione sanitaria (*specificare il formato richiesto*):   * FORMATO CARTACEO * FORMATO DIGITALE   Riscosso l’importo indicato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Firma dell’addetto** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Firma del richiedente** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **RITIRO DOCUMENTAZIONE**  Il/La Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiara di ricevere in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ la documentazione richiesta.  Documento di riconoscimento (tipo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .  **Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

* Il presente modulo di richiesta può essere:

- consegnato a mano presso l’Ufficio Protocollo dell’Istituto Romano di San Michele sito in Roma – P.le Antonio Tosti n. 4 dal lunedì al venerdì dalle ore 8:30 alle ore 13:30;

- inviato per mail all’indirizzo [info@irsm.it](mailto:info@irsm.it) o pec all’indirizzo [istitutoromanodisanmichele@pcert.postecert.it](mailto:istitutoromanodisanmichele@pcert.postecert.it).

* Il ritiro della documentazione richiesta avviene presso la sede dell’Istituto sita in P.le Antonio Tosti n. 4 – Ufficio Protocollo.