


 Residenza Protetta Anziani (R3-R3D) "MADONNA DELLA VITA"
 Via San Francesco n. 1 – 61042 APECCHIO (PU)

 Cod. ROG26/1.33
 Rev.02 del 30.06.2025

MODULO 33

RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

UTENTE: _____

ANNO _____

N° prog. _____

INOLTRO RICHIESTA A:

☐ Ufficio amministrativo ☐ Email: mammamargherita@solidale-coop.it ☐ Pec: solidale.coopsociale@open.legalmail.it

Io sottoscritto/a _____ (Cognome) _____ (Nome)

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov. _____

Residente in _____ Prov. _____ Via _____ N° _____

Contatti Telefonici _____ Documento d'identità _____

(Dichiarazione sostitutiva ex art. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000)

consapevole del fatto che chi sottoscrive dichiarazioni mendaci o false o dati non più rispondenti al vero soggiace a sanzione penale ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, sotto la mia responsabilità

DICHIARO

di essere:

- ☐ Intestatario della Documentazione sanitaria in qualità di paziente sopra identificato
☐ Genitore ☐ Tutore ☐ Curatore ☐ Amministratore di sostegno ☐ Erede testamentario ☐ Erede legittimo
 del paziente intestatario sopra identificato
☐ Persona avente interesse ai sensi del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, art. 92 comma 2

CHIEDO

☐ copia conforme della Cartella Sanitaria relativa al ricovero del paziente dal _____ al _____

☐ copia conforme della seguente documentazione del paziente (specificare):

_____	dal _____	al _____
_____	dal _____	al _____
_____	dal _____	al _____
_____	dal _____	al _____

MODALITA' DI CONSEGNA:

- ☐ Ritiro in formato cartaceo presso l'ufficio amministrativo della Struttura
☐ Spedizione in formato cartaceo per posta raccomandata al seguente indirizzo: _____

☐ Invio in formato elettronico all'Email: _____ Pec: _____

Allego:

- documentazione attestante il titolo giuridico di richiedente sopra dichiarato
- copia documento d'identità del richiedente

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Luogo _____ data _____

(A cura della DIREZIONE)

 La documentazione di cui alla presente richiesta è stata consegnata a: ☐ Richiedente ☐ Delegato: _____

 Consegna effettuata da: ☐ Responsabile Sanitario ☐ Responsabile di Struttura ☐ Incaricato delegato: _____

DATA _____ ORA _____

FIRMA CONSEGNAANTE: _____ FIRMA CONSEGNETARIO: _____

NOTA: numerare progressivamente ogni modulo e archiviare i moduli cronologicamente in un unico plico per ogni singolo anno