|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| coopsolidale | 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](mailto:mammamargherita@solidale-coop.it) | ❒ Pec: [solidale.coopsociale@open.legalmail.it](mailto: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 CONSEGNANTE**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **FIRMA CONSEGNATARIO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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