 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p> <p>POLICLINICO DI <b>SANT'ORSOLA</b></p>	<p><b>ISTANZA PER RILASCIO DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA DI DIAGNOSI E CURA</b></p>	<p><b>R03/PA36</b> Rev.5 Pag. 1/2 Data di appl. 14.03.2024</p>
--	--	--

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
indirizzo di residenza/domicilio: \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, in qualità di** (barrare la voce di interesse)

- diretto interessato, se maggiorenne
- esercente la responsabilità genitoriale sul minore di seguito identificato (\*)
- tutore o curatore o amministratore di sostegno di persona non in possesso della capacità di agire di seguito identificata (\*)
- erede legittimo o testamentario del soggetto di seguito identificato (\*)
- coniuge o figlio o, per mancanza di questi, parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado del soggetto di seguito identificato (\*), il quale risulta **temporaneamente impedito** alla sottoscrizione della presente istanza per le seguenti ragioni connesse allo **stato di salute** (ex art. 4, comma 2 D.P.R. 445/2000): \_\_\_\_\_
- legale rappresentante, munito di idoneo mandato o procura, del soggetto di seguito identificato (\*)

(\*) nome e cognome paziente \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_


**chiede il rilascio**

- di **copia** di **SINGOLO referto ambulatoriale**, relativo alla seguente prestazione: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;
- di **copia** di **referto** effettuato **in corso di ricovero** ancora in essere, relativo alla seguente prestazione (*campo da compilare a cura dell'Unità Operativa*): \_\_\_\_\_
- di copia della **registrazione audio e/o video** (riproduzione su CD/DVD), **ad esclusione di referti ed immagini radiologiche**, relativa alla seguente prestazione: \_\_\_\_\_ eseguita in data \_\_\_\_\_;

**dichiarando** di voler ricevere quanto richiesto in una delle seguenti modalità:

- ritiro** presso l'Unità Operativa
- via **posta**, a proprie spese (in ipotesi di invio postale dovrà essere fornita dall'interessato l'affrancatura necessaria, qualora invece venga utilizzato un corriere privato la spedizione sarà effettuata con spese a carico del destinatario)
- via **e-mail\***, ove possibile sulla base del formato del materiale richiesto, al seguente indirizzo: \_\_\_\_\_

\* Per l'ultima ipotesi, sotto la propria diretta responsabilità, dichiarando che la trasmissione del referto proprio o della persona rappresentata al recapito e-mail indicato, non comporta il rischio di conoscibilità di quanto trasmesso da parte di soggetti non autorizzati, esonerando la struttura sanitaria in caso di smarrimento, mancata e/o errata ricezione o diffusione impropria dello stesso.

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p> <p>POLICLINICO DI <b>SANT'ORSOLA</b></p>	<p><b>ISTANZA PER RILASCIO DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA DI DIAGNOSI E CURA</b></p>	<p><b>R03/PA36</b> Rev.5 Pag. 2/2 Data di appl. 14.03.2024</p>
--	--	--

Per la trasmissione via e-mail, in conformità delle disposizioni normative vigenti (DPCM dell'08.08.2013, Linee guida in tema di referti on-line emanate dal Garante Privacy del 19 novembre 2009), la trasmissione avverrà allegando al corpo della e-mail il referto in formato pdf protetto da PW, che sarà comunicata con separata modalità dall'Unità Operativa, o all'atto della richiesta o al momento della trasmissione del referto.

<p><b>DA COMPILARE SOLO IN CASO DI DELEGA:</b></p> <p style="text-align: center;"><b>delegando</b></p> <p>il/la sig./ra (c.d. <b>delegato</b>) _____</p> <p>nato/a il _____ a _____</p> <p>identificata con il seguente documento di riconoscimento _____</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> alla presentazione della presente istanza <b>e/o</b> <input type="checkbox"/> al ritiro della documentazione richiesta</p>
--

**Dichiara, infine,**

- di essere stato informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., sul trattamento dei dati personali raccolti nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- che i recapiti forniti e la modalità di consegna sopra indicate non comportano il rischio di conoscibilità da parte di soggetti non autorizzati, esonerando inoltre l'Azienda in caso di diffusione impropria o mancata e/o errata ricezione o smarrimento di quanto inviato.

**Data** \_\_\_\_\_ **Firma del dichiarante** \_\_\_\_\_

**N.B.** alla presente istanza deve essere allegato copia del documento di identità del soggetto dichiarante.

✂-----

**RICEVUTA DI AVVENUTA CONSEGNA DELL'ISTANZA DA RILASCIARE AL DICHIARANTE** (da compilare a cura dell'U.O.)

**Nome e Cognome** del soggetto a cui si riferisce la documentazione richiesta: \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_ **Timbro dell'U.O.** \_\_\_\_\_

**N.B.** In caso di delega al ritiro occorre che il soggetto DELEGATO (munito di idoneo documento di riconoscimento) esibisca copia del documento di riconoscimento del DELEGANTE.