

**FERB**FONDAZIONE
EUROPEA
RICERCA
BIOMEDICA
ONLUS

Modulo

**Richiesta copia
documentazione sanitaria**

MS_AMM_59

Rev. 03 del
27/09/2023

ISO 9001

BUREAU VERITAS
Certification

n. Protocollo

- FERB Trescore Balneario**
- FERB Gazzaniga**
- FERB Cassano d'Adda**
- FERB Calcinante**

Il/La sott.to/a _____ nato/a _____ il _____ Prov _____
res. a _____ via _____ n. _____ Prov. _____
Tel. _____

Consapevole delle pene previste dall'Art. 76 del D. P.R. 445 del 28/12/00 per mendaci dichiarazioni e falsità in atti e che la presente dichiarazione è soggetta al controllo della FERB Onlus ai sensi dell'art. 71 del medesimo D.P.R.

DICHIARA

- di essere erede legittimo
- di essere genitore esercente la patria potestà
- di essere tutore/curatore (nomina del tribunale di _____ n° _____ del _____)

di Cognome e Nome _____ Nato il _____ a _____

CHIEDE COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

- Cartella Clinica/FASAS**
ricovero nel reparto di _____ dal _____ al _____ n. c.c. _____
ricovero nel reparto di _____ dal _____ al _____ n. c.c. _____
- Referto Ambulatoriale** ambulatorio di _____ prestazione del _____
- Cartella Fisioterapica** prestazione del _____ prestazione al _____
- Cartella MAC** prestazione del _____ prestazione al _____
- Cartella Odontoiatrica** prestazione del _____ prestazione al _____
- CD e Referto radiologico** prestazione del _____ prestazione al _____

NEL SEGUENTE FORMATO

- Copia autentica rilasciata su supporto informatico (CD) validata con firma digitale**
opzione obbligatoria
 - se la documentazione supera le 200 pagine
 - se è richiesta copia di documentazione sanitaria di più ricoveri continuativi
- Copia autentica in formato cartaceo della documentazione sanitaria¹**
opzione obbligatoria per Referto Ambulatoriale, Cartella Fisioterapica, Cartella Odontoiatrica e Referto Radiologico

¹ Nel caso in cui si esprima la preferenza ad avere una copia cartacea, si ricorda che se la copia supererà le 200 pagine, verrà comunque rilasciata la copia autentica su supporto informatico

Per il ritiro

- Ritiro nel Centro FERB di.....da parte del titolare presentando il presente modulo e il documento di identità ovvero mediante delega (v. retro).
- chiede che la copia della documentazione venga recapitata per posta in busta chiusa raccomandata, sollevando la FERB Onlus da ogni responsabilità presso l'indirizzo sopraindicato ovvero al seguente indirizzo:

Luogo e data di sottoscrizione.....Firma del richiedente.....

(Allegare documento di identità del richiedente) Firma del funzionario accertante.....

Informativa privacy ai sensi del regolamento 679/2016/UE e D.Lgs. 101/2018: tutti i dati personali comunicati alla FERB Onlus saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. L'interessato può esercitare i diritti previsti dalla normativa vigente. L'informativa completa è consultabile sul sito WWW.FERBONLUS.COM. Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati: Dott. Lucio Panigada, contattabile all'indirizzo dpo@ferbonlus.com

PARTE DA UTILIZZARE PER LA DELEGA AL RITIRO DELLA COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Ritiro per delega

Il/la sottoscritto/a (richiedente).....delego il/la Sig./ra.....

Nato/ail.....a ritirare la documentazione sanitaria richiesta in data.....Prot. n.....

Firma del Delegante_____Firma del Delegato_____

(Allegare documento di identità del delegante e del delegato)

Firma del funzionario accertante _____