



**Modulo richiesta documentazione  
sanitaria (da parte di Terzi)**

Pag. 1/3

**Spett.le: Casa di Cura SALUS Srl**  
Via Appia, 366 - 72100 - BRINDISI

**Alla C.A.: Direzione Sanitaria**

**Oggetto: RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA da parte di Terzi**

**DATI DEL RICHIEDENTE**

Il sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a (Comune, Prov.) \_\_\_\_\_

in via (indirizzo) \_\_\_\_\_

\*tel \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI IN CASO DI DICHIARAZIONI NON  
VERITIERE E FALSITA' NEGLI ATTI DI CUI ALL'ART. 76  
DEL D.P.R. 28/12/2000 N.445**

**IN QUALITA' DI**

- In qualità di genitore esercente la potestà genitoriale  
 In qualità di legittimo erede  
 In qualità di tutore/curatore/amministratore di sostegno/fiduciario (allegare copia del provvedimento)  
 altro \_\_\_\_\_

del Sig.re/Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**CHIEDE IL RILASCIO DI COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE :**

- CARTELLA CLINICA ricovero ordinario dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 CARTELLA CLINICA ricovero diurno/ambulatoriale dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 COPIA ESAMI RX del \_\_\_\_\_  
 COPIA ESAME RMN del \_\_\_\_\_  
 COPIA ESAME TAC del \_\_\_\_\_  
 altro \_\_\_\_\_



**Modulo richiesta documentazione  
sanitaria (da parte di Terzi)**

Pag. 2/3

**LA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA / DOCUMENTAZIONE SANITARIA SARA'**

- RITIRATA PERSONALMENTE** PRESSO LA VOSTRA SEDE
- RITIRATA DAL SIG/SIG.RA** \_\_\_\_\_ **DELEGATO/A**  
DAL SOTTOSCRITTO/A PREVIA ESIBIZIONE DI DOCUMENTO DI IDENTITA' VALIDO E DI  
FOTOCOPIA DI DOCUMENTO D'IDENTITA' VALIDO DEL DELEGANTE
- SPEDITA IN CONTRASSEGNO** ALL'INDIRIZZO DI RESIDENZA O AL SEGUENTE  
INDIRIZZO \_\_\_\_\_

**DICHIARA CONSAPEVOLEMENTE DI ACCETTARE CHE**

- Il rilascio della documentazione disponibile sia effettuato entro 7 giorni lavorativi dalla richiesta. Le eventuali integrazioni saranno rilasciate entro 30 giorni lavorativi dalla richiesta.
- In caso di spedizione, la stessa avvenga secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal codice postale.

Per la consegna della documentazione a domicilio si autorizza la Casa di Cura SALUS al trattamento dei dati personali nel rispetto della disciplina rilevante in materia di protezione dei dati personali, liberandola da ogni responsabilità in merito alla consegna.

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente** \_\_\_\_\_

**AVVERTENZE**

Allegare fotocopia non autenticata del documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.

E' ammessa la presentazione della domanda anche tramite Pec: [segr.san@pec.casadicurasalus.it](mailto:segr.san@pec.casadicurasalus.it)

**Informazioni sul trattamento dei dati personali, ai sensi degli artt.13-14 del Regolamento UE 2016/679**

Desideriamo informarLa che i Suoi dati personali saranno utilizzati dalla Casa di Cura SALUS , in qualità di Titolare del trattamento, nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali e per le sole finalità per le quali sono stati resi. Il trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza. La informiamo inoltre che per l'esercizio dei suoi diritti, previsti dagli artt. 15-22 del Regolamento (UE) 2016/679, può rivolgersi direttamente al Titolare del trattamento CASA DI CURA SALUS SRL Via Appia, 366 - 72100



**Modulo richiesta documentazione  
sanitaria (da parte di Terzi)**

Pag. 3/3

– Brindisi tel: +39.0831.581505 email : [salus@casadicurasalus.it](mailto:salus@casadicurasalus.it) pec: [salus@pec.casadicurasalus.it](mailto:salus@pec.casadicurasalus.it) sito web:  
[www.casadicurasalus.it](http://www.casadicurasalus.it).

**VISTO SI AUTORIZZA IL RILASCIO.**

*Data* \_\_\_\_\_

Il Direttore Sanitario : **Dott.ssa Alessandra ANTONUCCI**

Spazio da compilare a cura dello sportello preposto in fase di consegna delle copie

Documenti ritirati da \_\_\_\_\_.[nome e cognome operatore]

*Data* \_\_\_\_\_

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

e firma di colui che ritira \_\_\_\_\_