

RICHIESTA DI ACCESSO ALLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA c/o Diagnostica Pavanello srl

Data Richiesta _____

Il/La sottoscritto/a _____ (Nome) _____ (Cognome)

C.F. _____, residente in _____ (___),

Via/Piazza _____ n. _____,

IN QUALITA' DI

- Paziente Interessato - maggiorenne o minore emancipato;
- Genitore naturale, Genitore Affidatario, Genitore Adottivo;
- Tutore, Curatore; Amministratore di sostegno;
- Erede legittimo/testamentario;
- Legale Rappresentante;
- Medico curante o strutture sanitarie, pubbliche o private;
- INAIL - INPS;
- Autorità Giudiziaria/Polizia Giudiziaria;
- Pubblica Autorità;
- Consulente tecnico nominato dall'Autorità giudiziaria;

consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti (artt. 46 e ss. e 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000), sotto la Sua personale responsabilità;

CHIEDE

ai sensi dell'art. 22 e seguenti della L. 241/1990 e s.m.i. di poter esercitare il proprio diritto d'accesso al/ai seguente/i documento/i:

- Copia della Cartella Paziente
- Altra documentazione: _____

(indicare il tipo di documento per cui si richiede l'accesso)

e che la predetta documentazione mi venga rilasciata con procedura:

- Ordinaria (30 giorni dalla ricezione della richiesta) Urgente (circa 5 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta)

MOTIVI

(indicare l'interesse diretto, concreto ed attuale per il quale si esercita il diritto di accesso).

MODALITÀ DI RITIRO

- Personalmente allo sportello
- Indirizzo Email / PEC: _____
- Dispositivo USB
- Persona delegata: Nome _____ Cognome _____
- Spedizione all'indirizzo _____ (spese a carico del destinatario).

Il Richiedente

Il Direttore Sanitario

(firma per autorizzazione al rilascio)

RICEVUTA PER CONSEGNA ALLO SPORTELLO o PER MEZZO DI DELEGATO

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto copia di quanto richiesto ai sensi della L. 241/1990

Data _____

Firma _____

Estremi Documento _____