



RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

(PAZIENTI SOGGETTI A RAPPRESENTANZA LEGALE O DI PAZIENTI DECEDUTI)

La richiesta della copia della cartella clinica richiesta da "chi ha un interesse proprio, o agisce a tutela dell'interessato o per ragioni familiari meritevoli di protezione" richiede il rispetto e l'applicazione, a tutela della Privacy, dell'art. 9, comma 3, del Codice della Privacy – D.lgs 196/2003.

Il/la sottoscritto/a

Nato a Il.....

Documento di riconoscimento n. rilasciato da

IN QUANTO:

- Esercitante la potestà nei confronti del minore (1)
- Esercitante la rappresentanza legale nei confronti di (2)
- Essendo legittimo erede di (3)
- Essendo minore emancipato (4)

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

1. Esercitante la potestà nei confronti del minore:

- copia di un valido documento di identità;
- stato di famiglia (o autocertificazione);

2. Esercitante la rappresentanza legale nei confronti di:

Nel caso di interdetto o inabilitato (art. 414 Codice Civile):

- Copia di un valido documento di identità;
- Copia della sentenza attestante il proprio stato di tutore o curatore, o copia integrale dell'atto di nascita;

3. Essendo legittimo erede di: (ex art. 536 Codice Civile)¹

- Copia di un valido documento di identità;
- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante la qualità di legittimo erede (**anche autocertificata contenente** lo specifico stato di erede legittimo, la relazione di parentela esistente con il defunto, nonché l'indicazione dei dati anagrafici del defunto);

4. Essendo minore emancipato:

- Copia di un valido documento di identità;
- Idonea certificazione (art. 390 e ss Codice Civile)

¹ Copia della Cartella Clinica di un defunto può essere richiesta dai **legittimari** dello stesso (ex art. 536 C.C.) e precisamente **dal coniuge, dai figli legittimi, dai figli naturali**, in mancanza dei predetti dagli ascendenti legittimi o dagli eredi testamentari.
Quando i legittimari siano più d'uno e vi sia tra loro dissenso, decide l'Autorità Giudiziaria.



RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA
(PAZIENTI SOGGETTI A RAPPRESENTANZA LEGALE O DI PAZIENTI DECEDUTI)

CHIEDE IL RILASCIO DI:

- Copia della cartella clinica relativi al ricovero presso il reparto di
- Dal al.....
- Dal al.....
- Dal al.....
- Copia certificato di
- Estratti di Esami
- Altro
- Chiede di inviare la documentazione al seguente indirizzo:**
-
-

-
- DELEGA** Il/la signore/a
 - Documento di riconoscimento n. rilasciato da
 - A ritirare per suo conto:
 - Data Firma del richiedente
 - Data Firma del delegato/a