

RICHIEDSTA DI RILASCIO DOCUMENTAZIONE SANITARIA

DATA: ____ / ____ / ____

RICHIEDENTE

COGNOME:	NOME:
INDIRIZZO DI RESIDENZA:	
LUOGO E DATA DI NASCITA:	
CODICE FISCALE:	
EMAIL:	CELLULARE:

IN QUALITA' DI

- Genitore
- Tutore legale
- Persona esercente la responsabilità genitoriale
- Altro (specificare) _____

CHIEDE IL RILASCIO DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE SANITARIA RELATIVA AL MINORE:

NOME E COGNOME:
LUOGO E DATA DI NASCITA:
CODICE FISCALE:

TIPOLOGIA DI DOCUMENTAZIONE RICHIEDSTA (barrare la voce desiderata):

- Copia della cartella clinica / scheda di accesso
- Copia delle relazioni cliniche o psicodiagnostiche
- Copia dei referti specialistici o test somministrati
- Certificazione clinica ai fini scolastici / INPS / altri enti
- Altro (specificare): _____

MODALITA' DI CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE:

- Ritiro di persona presso l'ambulatorio
- Invio tramite email / PEC (specificare indirizzo) _____
- Ritiro da parte di un delegato (allegare delega e copia del documento di identità)

Firma del richiedente _____

Documenti da allegare:

- Copia del documento di identità del richiedente
- Copia del documento di identità del minore (se disponibile)
- Delega o provvedimento di tutela (se applicabile)

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (art. 13 Reg. UE 2016/679)

I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla gestione della presente richiesta e alla consegna della documentazione sanitaria, nel rispetto delle normative vigenti in materia di protezione dei dati personali.