Richiesta di documentazione sanitaria

Facsimile da approvare prima dell’uso ufficiale da parte della struttura. Non usare per inviare dati sanitari tramite moduli pubblici.

Destinatario: Direzione sanitaria del Centro Medico Albert Schweitzer S.r.l. – CFCD.

DATI DEL RICHIEDENTE

Nome e cognome	_____
Data e luogo di nascita	_____
Codice fiscale	_____
Recapito telefonico	_____
PEC / recapito per riscontro	_____

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

☐ Referti specialistici ☐ Verbali di visita ☐ Esami diagnostici ☐ Consensi informati ☐ Altro: _____

Periodo / prestazioni di riferimento: _____

MODALITÀ DI RICHIESTA E DELEGA

☐ Richiedo per me stesso/a. ☐ Presento richiesta quale delegato/a o rappresentante legale, con documenti che attestano titolo e identità.

Modalità di consegna preferita: ☐ Ritiro in struttura ☐ Modalità elettronica sicura concordata con la Direzione

La richiesta va presentata alla Segreteria o tramite PEC centromedicosociale@pec.it. Allegare copia del documento di riconoscimento nei casi previsti; per i delegati allegare delega e documenti richiesti, usando i canali ufficiali sicuri.

Ai sensi dell’art. 4 della legge 24/2017 la documentazione disponibile viene fornita entro 7 giorni dalla richiesta; le eventuali integrazioni entro il massimo di 30 giorni. La Segreteria comunica eventuali costi di riproduzione.

Data: _____ Firma: _____

Il presente facsimile non costituisce una procedura ufficialmente approvata e non sostituisce l’informativa sul trattamento dei dati personali.