



Modulo 2

RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA DA PARTE DI TERZI

Io sottoscritto/a _____
Nato/a il ___/___/_____ in _____
residente a _____
in via/piazza _____ n. civico _____ c.a.p. _____
recapito telefonico _____
estremi documento _____
indirizzo e-mail _____
documento di identità _____

in qualità di:

delegato dal Paziente di seguito indicato *

esercente la responsabilità genitoriale sul minore di seguito indicato *

tutore di persona non in possesso della capacità di agire di seguito indicata *

erede legittimo o testamentario del soggetto di seguito indicato *

(*) Nome e Cognome Paziente _____
Nato/a il ___/___/_____ in _____
Codice fiscale _____

previa esposizione della necessaria documentazione di delega o comprovante il diritto di accesso, chiede, sotto la propria diretta responsabilità, copia del referto e/o delle immagini iconografiche relativo alle prestazioni sanitarie ricevute dal Paziente il giorno ___/___/_____ esonerando lo Studio Medico Specialistico Colombo in caso di smarrimento, mancata e/o errata ricezione o diffusione impropria dello stesso.

Chiede inoltre, sotto la propria diretta responsabilità, la trasmissione del suddetto referto relativo alle prestazioni sanitarie ricevute dal Paziente il giorno ___/___/_____ a mezzo e-mail in formato

crittografato e protetto con password

[] non crittografato

In caso di richieste di copie delle immagini iconografiche, le stesse potranno essere ritirate su CD presso la struttura dopo 3 giorni dalla richiesta e dietro pagamento delle spese di duplicazione immagini (secondo tariffario).

Roma, lì ___/___/_____

Firma del richiedente