

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE	Codice documento: MD 7.5 -07
	RICHIESTA COPIA CONFORME DELLA CARTELLA CLINICA	Rev.:01 Del 12/11/2025

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (prov. _____) il _____,
 residente a _____ (prov. _____) in Via _____ n. _____
 CAP _____ Documento d'identità* n. _____ rilasciato da _____
 il _____,

chiede il rilascio di n° _____ copia/e della propria cartella clinica relativa al seguente periodo:

Data presa in carico _____ Data chiusura assistenza _____

La documentazione è richiesta per:

- ☐ Uso proprio
- ☐ Uso medico
- ☐ Uso assicurativo
- ☐ Altro _____

La cartella clinica verrà:

- ☐ Ritirata personalmente
- ☐ Ritirata da persona delegata (allegare delega)

Il rilascio di copia conforme della cartella clinica comporta il pagamento di un importo pari a €15,00;
 IBAN: IT87U0306909606100000125151 (Intestato a SAMOT ONLUS - Causale: pagamento rilascio copia
 cartella clinica)

Dichiara, altresì, di essere informato che, ai sensi del D. Lgs.196/03, come novellato dal D. Lgs.101 del
 10/08/2018 e del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), i dati personali contenuti nella presente istanza
 saranno trattati esclusivamente al fine dell'evasione della richiesta stessa in forma cartacea e/o informatica
 in modo da assicurare la tutela del diritto alla riservatezza.

Luogo e data, _____

Il Richiedente _____

* Si allega il documento di identità

A cura della segreteria	
Documentazione ritirata il _____ da _____	Documento d'identità
n. _____ rilasciato da _____	il _____
Firma per ricevuta _____	Firma operatore _____