

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE RICHIESTA COPIA CONFORME DELLA CARTELLA CLINICA DA PARTE DELL'EREDE	Codice documento: MD 7.5 -09 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, nella qualità di erede legittimo/erede testamentario il rilascio di n. _____ copia/e della documentazione clinica, relativa al Sig./ra _____, nato/a a _____ il _____ e deceduto/a il _____ a _____, in assistenza SAMOT dal _____ al _____.

La documentazione è richiesta per

- ☐ 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 _____ n. _____ rilasciato da _____ il _____	Documento d'identità _____
Firma per ricevuta _____	Firma operatore _____