



R.ACC. modulo richiesta/delega ritiro copia cartella clinica

R.ACC. modulo richiesta/delega ritiro copia cartella clinica	REDAZIONE	AUTORIZZAZIONE	VALIDITA'
REVISIONE 0.1 del 01/02/2024	Dott. Anna Paola Bramucci	Dott. Eugenio Lampacrescia	triennale

### MODULO DI RICHIESTA/DELEGA PER IL RITIRO DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

Spett.le  
Filo di Arianna Srl  
Via Martiri della Libertà n. 3  
60022 – Castelfidardo  
[info@ilfilodiarianna.studio](mailto:info@ilfilodiarianna.studio)  
[fdarianna@pec.it](mailto:fdarianna@pec.it)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in  
via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

ALLEGARE copia di un documento di riconoscimento valido del richiedente (nel caso di minore allegare documento di ciascun genitore o di chi ne esercita la potestà genitoriale e tutoriale).

#### IN QUANTO

- diretto interessato esercitante la patria potestà nei confronti del minore
- esercitante la rappresentanza legale nei confronti di \_\_\_\_\_
- minore emancipato

Dichiara di avere l'assenso di altri aventi diritto a richiedere e ritirare il documento di cui alla presente istanza (altro genitore, soggetto esercitante patria potestà altri eredi, ecc.), assumendosi tutte le eventuali responsabilità

**CHIEDE il rilascio, per gli usi consentiti dalla legge, di COPIA CONFORME DELLA CARTELLA CLINICA.**

#### MODALITA' DI RICHIESTA

- consegnare direttamente il presente modulo presso la segreteria
- per posta
- posta elettronica ([info@ilfilodiarianna.studio](mailto:info@ilfilodiarianna.studio))
- PEC ([fdarianna@pec.it](mailto:fdarianna@pec.it))

#### MODALITA' DI RITIRO

- presso la segreteria da parte dell'avente diritto o di persona munita di delega scritta
- invio per posta al recapito indicato dall'avente diritto, con spese a carico del destinatario al seguente indirizzo

Cognome e Nome dell'intestatario \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

- tramite Posta Elettronica Certificata (PEC) \_\_\_\_\_

### DELEGA PER IL RITIRO DELLA COPIA DI CARTELLA CLINICA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

#### DELEGA

Il /La sig./Sig.a \_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

AL RITIRO DELLA COPIA DI CARTELLA CLINICA di \_\_\_\_\_

Dichiara, inoltre, di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la presente delega viene rilasciata (art. 13 D. Lgs 196/2003).

LUOGO e DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DELEGANTE \_\_\_\_\_

N.B: Si allega alla presente fotocopia del documento di identità del delegante