

 CASA DI CURA RIZZOLA PG 0004 MOD 05 Rev 03 17/09/2026 Pag. 1/2	Richiesta copia cartella clinica / documentazione sanitaria ex art.15 RGD
--	--

CON LA PRESENTE,

RICHIEDO COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

Cognome e nome _____ Codice fiscale _____

Nato a _____ il ____ / ____ / ____ Cellulare _____

Residente/domicilio a _____ in via _____ N. _____ CAP _____

Documento d'identità: tipo _____ numero: _____ scadenza ____ / ____ / ____

Dei ricoveri svolti presso i Reparti:

_____ dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ Numero copie _____ CD indagini ☐

_____ dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ Numero copie _____ CD indagini ☐

_____ dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ Numero copie _____ CD indagini ☐

RICHIEDO COPIA DEL REFERTO/ESAMI/ESTRATTO CARTELLA CLINICA

Cognome e nome _____ Codice fiscale _____

Nato a _____ il ____ / ____ / ____ Cellulare _____

Residente/domicilio a _____ in via _____ N. _____ CAP _____

Documento d'identità: tipo _____ numero: _____ scadenza ____ / ____ / ____

☐ **Prestazione ambulatoriale** (indicare esame richiesto: ad esempio, elettrocardiogramma, esame di laboratorio, ecc.):

_____ eseguito il ____ / ____ / ____ Numero copie _____

_____ eseguito il ____ / ____ / ____ Numero copie _____

☐ **In regime di ricovero nel Reparto di** _____ dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

indicare esame: _____ eseguito il ____ / ____ / ____ Numero copie _____ CD indagine ☐

indicare esame: _____ eseguito il ____ / ____ / ____ Numero copie _____ CD indagine ☐

IN QUALITÀ DI (barrare la voce interessata)

- ☐ Interessato (paziente) ☐ Genitore esercente la responsabilità genitoriale sul minore titolare dei dati sanitari*¹
☐ Delegato/avvocato*² ☐ Tutore legale del titolare dei dati sanitari*³ ☐ Erede del titolare dei dati sanitari*⁴

COMPILARE QUESTA SEZIONE SOLO SE IL RICHIEDENTE È DIVERSO DALL'INTERESSATO (PAZIENTE)

Cognome e nome _____ Codice fiscale _____

Nato a _____ il ____ / ____ / ____

Residente/domicilio a _____ Provincia (____) CAP _____

in via _____ N. _____

Documento d'identità: tipo _____ numero: _____ scadenza ____ / ____ / ____

Recapito (cellulare/e-mail) _____

 CASA DI CURA RIZZOLA PG 0004 MOD 05 Rev 03 17/09/2026 Pag. 2/2	Richiesta copia cartella clinica / documentazione sanitaria ex art.15 RGPD
--	---

MODALITÀ DI CONSEGNA (barrare la voce desiderata)

- ☐ a me stesso
- ☐ a mano con ritiro di persona allo sportello, **presentandomi con documento di identità in corso di validità**
 - ☐ tramite raccomandata con contrassegno all'indirizzo del richiedente, **con spese di spedizione a carico del destinatario**
Recapito telefonico (necessario al corriere per la spedizione)*⁵ _____.
 - ☐ tramite raccomandata con contrassegno, **con spese di spedizione a carico del destinatario**, all'indirizzo:
 Cognome e nome _____
 via _____ n. _____
 Comune _____ Provincia (_____) CAP _____
 Recapito telefonico (necessario al corriere per la spedizione)*⁵ _____

* ⁵ **Nota bene:** con l'indicazione del numero di telefono presto il consenso alla comunicazione dello stesso al corriere incaricato per la migliore gestione della consegna.

- ☐ al mio delegato, con ritiro a mano, che si presenterà agli sportelli dedicati munito di:
- ✓ **copia della presente richiesta;**
 - ✓ **modulo di delega;**
 - ✓ **copia del documento di identità valido del delegato;**
 - ✓ **copia di un documento di identità valido del paziente/richiedente.**

INFORMATIVA E FIRMA

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che i dati forniti nel presente modulo saranno trattati dal Titolare ai soli fini della gestione della presente istanza, ai sensi dell'art. 6, par. 1, lett. c), RGPD, e di aver preso visione dell'informativa privacy della Casa di Cura, disponibile al seguente link <https://www.rizzola.it/privacy.php>

Luogo _____, ____/____/____ Firma del richiedente _____

ALLEGATI DA INVIARE PER IL COMPLETAMENTO DELLA RICHIESTA:

- ☐ Presente modulo di richiesta debitamente compilato e firmato
- ☐ Documento di identità in corso di validità del paziente titolare dei dati sanitari
- ☐ Documento di identità in corso di validità del richiedente (qualora diverso dal titolare dei dati sanitari)
- ☐ *¹ Dichiarazione sostitutiva in caso di genitore esercente la responsabilità genitoriale – Entrambi i genitori dovranno allegare il proprio documento di identità in corso di validità e firmare il presente modulo
- ☐ *² Modulo di procura
- ☐ *³ Dichiarazione sostitutiva e atto di nomina in caso di tutore legale
- ☐ *⁴ Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà in caso di erede legittimo e atto di morte
- ☐ Ricevuta pagamento (quando prevista)