

I\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_

nat\_ il / / a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Per sé stesso

Ovvero per il paziente sotto indicato, in qualità di:

<sup>1</sup>Legale rappresentante, tutore, curatore, amministrazione di sostegno

<sup>1</sup>Legittimo erede del paziente

<sup>1</sup>Altra persona delegata

**COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA** relativa al periodo di assistenza domiciliare dell'ASSISTITO/A

Sig./a \_\_\_\_\_

Nat\_ il / / a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

**CHIEDE**

che la documentazione in forma cartacea

possa essere ritirata presso la sede della Segreteria Direzione Attività Assistenza Domiciliare (Corso Europa 48/6)

possa essere inviata al seguente indirizzo postale (con spese a carico del destinatario)

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_

possa essere inviata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC)

\_\_\_\_\_

**MOTIVO DELLA RICHIESTA \***

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> allegare copia della documentazione che attesta la qualifica dichiarata

\* Campo obbligatorio

Il sottoscritt è consapevole delle sanzioni penali ed amministrative previste dall'art 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni false o uso/esibizione di documenti falsi o dati non corrispondenti al vero.

Genova,                    /                    /                    Firma leggibile del richiedente \_\_\_\_\_

**Privacy.** Tutti i dati personali raccolti sono trattati nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 (GDPR General Data Protection Regulation - Regolamento Generale Protezione Dati Personali). Ai sensi degli artt. 12 ss, capo III GDPR, è garantito l'esercizio dei diritti dell'interessato quali il diritto di accesso, rettifica e cancellazione dei dati raccolti oltreché la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano o l'opposizione al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati. È altresì garantito, ai sensi dell'art. 77 GDPR il diritto di reclamo presso l'Autorità Amministrativa preposta alla protezione dei dati qualora il trattamento non sia stato posto in essere in violazione al citato regolamento europeo. (<http://www.garanteprivacy.it/>)

### A CURA DELLA FONDAZIONE GIGI GHIROTTI GENOVA ETS

*L'incaricato della Fondazione Gigi Ghirotti Genova ETS, verificata l'ammissibilità della richiesta, dà corso al trasferimento dei dati personali di cui alla pag. 1*

Si rilascia copia della documentazione sanitaria (conforme all'originale), relativa all'assistenza prestata al Sig./a:

\_\_\_\_\_

Data:                    /                    /                    Firma dell'incaricato \_\_\_\_\_

Per ricevuta<sup>2</sup>:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_

### PER IL RICHIEDENTE

Possono richiedere la copia della documentazione sanitaria:

- ✓ **L'interessato** esibendo il modulo di richiesta compilato e firmato accompagnato da un documento di identità in corso di validità
- ✓ **Un delegato al ritiro** esibendo il modulo di richiesta compilato e firmato, la delega al ritiro firmata dal delegante e i documenti di identità in corso di validità di delegante e delegato
- ✓ **Il tutore o il curatore** esibendo il modulo di richiesta compilato e firmato accompagnato da un documento di identità in corso di validità e la copia della sentenza che attesti lo stato di interdizione e di inabilitazione
- ✓ **L'amministratore di sostegno** esibendo il modulo di richiesta compilato e firmato accompagnato da un documento di identità in corso di validità e la nomina del Giudice Tutelare
- ✓ **Gli eredi legittimi e gli eredi testamentari** esibendo il modulo di richiesta compilato e firmato accompagnato da un documento di identità in corso di valido e la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà oppure, in alternativa, un'autocertificazione attestante la qualifica di legittimo successore e la relazione di parentela con il defunto (scaricabile dal [sito internet del Comune di Genova](#))
- ✓ **Il medico curante o le strutture sanitarie pubbliche o private** esibendo la documentazione comprovante l'idoneità della richiesta che deve possedere finalità istituzionali attinenti alla tutela della salute dell'interessato

✓

L'INAIL

L'Autorità Giudiziaria in via autonoma o con delega alla Polizia Giudiziaria esibendo il provvedimento dell'Autorità Giudiziaria

<sup>2</sup> Firma richiesta in caso di ritiro della documentazione presso la Segreteria Direzione Attività Assistenza Domiciliare; in caso di invio allegare stampa PEC o ricevuta A/R.