



**Richiesta documentazione Sanitaria**

**Da compilare da parte del paziente o del rappresentante legale**

Luogo, .....

Letta e compresa l'informativa resa all'Interessato ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 sul sito [www.smartdentalclinic.grupposandonato.it](http://www.smartdentalclinic.grupposandonato.it)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ (documento di riconoscimento \_\_\_\_\_)

**Intestataro della documentazione**

**OPPURE**

**In caso di rappresentante legale: Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_**

Dichiaro inoltre, sotto mia responsabilità e consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art. 76 DPR 445/2000, di essere legale rappresentante del Paziente sopra riportato, con la seguente qualifica:

Qualifica del legale rappresentante	Cognome e Nome mino	Codice fiscale
<input type="checkbox"/> Genitore 1 e Genitore 2		
<input type="checkbox"/> Genitore unico*		
<input type="checkbox"/> Tutore*		
<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno*		
*Trattenere fotocopia di documento di identità *Far compilare Autocertificazione per genitori soli di figli minori *Trattenere fotocopia del decreto di nomina *Trattenere fotocopia del decreto di nomina e verificare che la delega contempli la materia sanitaria		

**CHIEDE**

Copia del DIARIO CLINICO composto da n. pagine .....

**Copia Esami / Referti radiografici**

**ortopantomografia**

**teleradiografia**

**Altro**

**elettromiografia**

**tracciato cefalometrico**

Motivazione del ritiro della documentazione

.....

**Data di Firma**

**Firma del paziente (o del legale rappresentante)**





Il ritiro della copia della documentazione sarà **resa disponibile presso l'accettazione dell'ambulatorio odontoiatrico.**

(se la presente istanza non è sottoscritta davanti al dipendente addetto deve essere allegata la fotocopia del documento di identità del richiedente) Informativa ai sensi del D.Lgs 196/03: i dati acquisiti sono utilizzati da Smart Dental Clinic srl esclusivamente per le finalità connesse all'istanza dell'interessato, al quale competono tutti i diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs medesimo (correzione, integrazione e, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco)

**Consegna documentazione Sanitaria**

**Da compilare da parte del paziente o del rappresentante legale**

La documentazione richiesta è stata consegnata il \_\_\_\_\_

**DA COMPILARE PER LA DELEGA AL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Letta e compresa l'informativa resa all'Interessato ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 sul sito [www.smartdentalclinic.grupposandonato.it](http://www.smartdentalclinic.grupposandonato.it)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ (documento di riconoscimento \_\_\_\_\_)

**DELEGO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ (documento di riconoscimento \_\_\_\_\_)

A ritirare la documentazione sanitaria richiesta in data \_\_\_\_\_

**Data di Firma**

**Firma del delegante**

**Data di Firma**

**Firma del richiedente per ricevuta della documentazione**



**Smart Dental Clinic S.r.l.**

Sistema di Gestione Qualità UNI EN ISO 9001 certificato da Italcert

Via Olgettina 48 – 20132 Milano (MI) | Tel. +39 02.26437930 | Fax 02.26439210 | info.smartdentalclinic@grupposandonato.it  
Sede Legale: Via Borgogna 3 – 20122 Milano (MI) | C.F. e P.IVA 13416790155 – R.E.A. 1648891 | Capitale Sociale 119.000,00 i.v.

[www.smartdentalclinic.it](http://www.smartdentalclinic.it)

