



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 si richiede copia della documentazione sanitaria di:

Nome e cognome _____ Codice Fiscale _____
Nato/a a _____ (____) il _____ tel _____
documento di riconoscimento _____ nr _____

In qualità di **Intestatario della documentazione richiesta**

Rappresentante legale dell'intestatario della documentazione: dichiaro, 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 RICHIEDENTE	COGNOME, NOME e DATA DI NASCITA
<input type="checkbox"/> Genitore 1 e Genitore 2	
<input type="checkbox"/> Genitore unico*	
<input type="checkbox"/> Tutore**	
<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno***	

* Far compilare "Autocertificazione minori" (M-DS-012)

** Trattenere fotocopia del decreto di nomina

*** Trattenere fotocopia del decreto di nomina e verificare che nel documento il giudice abbia dato all'Amministratore i poteri per autorizzare i trattamenti sanitari.

CHIEDE COPIA DI

DIARIO CLINICO TELERADIOGRAFIA ORTOPANTOMOGRAMMA con referto (50€)
 ELETTROMIOGRAFIA TRACCIATO CEFALOMETRICO Altro _____

Motivazione del ritiro della documentazione

Data _____

Firma del paziente (o del legale rappresentante) _____

**IL TEMPO DI PRODUZIONE DELLA COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA È CIRCA 7 GIORNI LAVORATIVI
E DI 1 MESE PER DOCUMENTAZIONE RADIOGRAFICA CON REFERTO**

Il modulo compilato può essere consegnato di persona all'Ufficio Accettazione o scansionato ed inviato via mail all'indirizzo di posta elettronica urp.sdc@grupposandonato.it unitamente alla scansione del documento di identità del richiedente.

Per la richiesta di Ortopantomografia con referto è necessario presentarsi di persona all'Ufficio Accettazione per il pagamento della prestazione che ammonta a 50,00€.

Informativa ai sensi del D.Lgs 196/03: i dati acquisiti sono utilizzati da Smart Dental Clinic S.r.l. 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).



Da compilare da parte del paziente o del rappresentante legale

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

Il/La sottoscritto/a _____ Codice Fiscale _____
Nato/a a _____ (____) il _____ tel _____
Residente a _____ (____) cap _____ via _____
documento di riconoscimento _____ nr _____

DELEGO

Nome e cognome delegato _____ Codice Fiscale _____
Nato/a a _____ (____) il _____ tel _____
Residente a _____ (____) cap _____ via _____
documento di riconoscimento _____ nr _____

A ritirare la documentazione sanitaria richiesta in data _____

Data _____ Firma del delegante _____

NB Il delegato deve presentarsi presso lo sportello Accettazione Ricoveri munito di:

- proprio documento di identità;
- modulo di delega compilato dall'intestatario;
- fotocopia della carta di identità dell'intestatario della documentazione.

Da compilare da parte del personale amministrativo SDC

RITIRO DELEGA AL CONSEGNA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

La documentazione richiesta è stata consegnata il _____

Firma di chi ritira

Firma di chi consegna
