



Io sottoscritto/a,

Nome _____ Cognome _____ nato/a il _____

a _____ Prov. _____ residente in _____ Prov. _____

via _____ n. _____ C.A.P. _____ tel. _____,

e-mail _____ cui desidero ricevere comunicazioni in merito alla richiesta

CHIEDO**copia della seguente documentazione clinica:** CARTELLA CLINICA ALTRO (copia certificazioni, test, documentazioni varie, referti, ecc.) _____

SERVIZIO	PERIODO DI TRATTAMENTO	NUMERO COPIE

CHIEDO**che la documentazione mi venga rilasciata con:**

- consegnata personalmente (a mano)
- consegnata tramite PEC
- consegnata a mio delegato (**allego delega**)
- spedita a mezzo raccomandata A.R. a:**

Nome _____ Cognome _____ Via _____ n. _____

Comune _____ Prov. _____ C.A.P. _____ tel. _____

Desidero ricevere una notifica dello stato di evasione della pratica tramite e-mail o sms SI NO**Allego** fotocopia di documento di identità in corso di validità.

Il sottoscritto ai sensi del D. Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

(luogo e data)Il dichiarante _____
(firma per esteso e leggibile)

BREVI INFORMAZIONI SULLA RICHIESTA E RILASCIO DELLA CARTELLA E DOCUMENTAZIONE CLINICA

La richiesta, può essere:

- **presentata direttamente all'accettazione** presso gli uffici amministrativi al primo piano di Palazzo Altieri, che è aperto dal lunedì al venerdì dalle ore 9,30 alle 13,00 e dalle ore 14,00 alle 16,30 escluso il sabato e festivi, esibendo un documento di identità in corso di validità ed eventuale delega in caso di richiedente diverso dall'intestatario;

- **presentata direttamente alla Responsabile del Servizio Ambulatoriale dell'Età Evolutiva;**

- **presentata utilizzando l'apposito modulo predisposto dal Centro Speranza (scaricabile dal sito internet):**

- **tramite e-mail** all'indirizzo: documentazione.clinica@centrosperanza.it;
- **tramite PEC** all'indirizzo: centrosperanza@pec.it;
- **a mezzo raccomandata**, unitamente a copia di valido documento di identità, al Servizio Riabilitativo "Centro Speranza", al seguente indirizzo: Via Roma n. 13, 06054, Fratta Todina (Perugia).

Su espressa indicazione la cartella può essere ritirata presso l'accettazione degli uffici amministrativi al primo piano di Palazzo Altieri dal diretto interessato (titolare della cartella, genitori con potestà, tutore, curatore, amministratore di sostegno se questo è minorenne, interdetto, inabilitato, incapace anche temporaneamente), o da un terzo munito di delega scritta e copia di un documento di identità del delegante.

Lo stato di avanzamento della documentazione richiesta può essere notificato via e-mail o via sms previo consenso del richiedente.

NOTA BENE:

- In caso di mancato ritiro delle copie richieste, la documentazione verrà tenuta in giacenza per il periodo di un anno, dopodiché si procederà alla sua distruzione.

L'Accettazione del Centro Speranza fornisce **informazioni** telefoniche dalle 10,00 alle 13,00 dei giorni feriali, sabato escluso al n. tel. **075 8745511**.