

**ISPRO**Istituto per lo studio, la prevenzione  
e la rete oncologica**Richiesta copia  
di documentazione sanitaria**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

**Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, in qualità di (barrare la voce di interesse)**

- diretto interessato, se maggiorenne
- esercente la responsabilità genitoriale sul minore di seguito identificato (\*)
- tutore o curatore o amministratore di sostegno di persona non in possesso della capacità di agire di seguito identificata (\*)
- erede legittimo o testamentario del soggetto di seguito identificato (\*)
- coniuge o figlio o, per mancanza di questi, parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado del soggetto di seguito identificato (\*) il quale risulta temporaneamente impedito alla sottoscrizione della presente istanza per le seguenti ragioni connesse allo stato di salute (ex art. 4, comma 2 D.P.R. 445/2000):  
\_\_\_\_\_
- legale rappresentante, munito di idoneo mandato o procura, del soggetto di seguito identificato (\*)
- altro soggetto legittimato (specificare) \_\_\_\_\_

**(\*) Cognome e nome dell'utente titolare della documentazione sanitaria, se diverso dal richiedente**

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Allegare fotocopia di documento valido sia del richiedente sia del titolare della documentazione  
richiesta**



**ISPRO**

Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica

**Richiesta copia  
di documentazione sanitaria**



**CHIEDE IL RILASCIO**

- di copia di SINGOLO referto ambulatoriale, relativo alla seguente prestazione:  
\_\_\_\_\_ eseguita in data \_\_\_\_\_
  - di copia di Scheda ambulatoriale, relativo alla seguente prestazione :  
\_\_\_\_\_ eseguita in data \_\_\_\_\_
  - di copia delle pellicole radiografiche/CD dell'esame effettuato in data \_\_\_\_\_
  - di copia delle pellicole radiografiche/CD dell'esame **di approfondimento** effettuato in data \_\_\_\_\_
  - di copia delle immagini ecografiche dell'esame effettuato in data \_\_\_\_\_
  - di vetrino/i (originale) di materiale istologico e/o citologico effettuato in data \_\_\_\_\_
- \* con il ritiro del vetrino/i richiesto/i e il rilascio della liberatoria la Struttura è sollevata da qualsiasi responsabilità inerente eventuali manipolazioni/deterioramenti del materiale
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

**DICHIARANDO**

- di ritirare personalmente (con documento d'identità valido)
- tramite persona delegata (con documento d'identità valido del delegato e del delegante)  
**presso il Presidio Ispro di Villa delle Rose, Via Cosimo il Vecchio, 2 - Firenze**
- la propria volontà all'invio della documentazione, con spedizione postale R/R, a proprie spese, senza che questo comporti alcuna responsabilità della Struttura in caso di smarrimento dello stesso (non è prevista la spedizione postale per il vetrino/i)

**N.B.** Nel caso di vetrino/i (originale) di materiale istologico e/o citologico il/la sottoscritto/a si impegna a restituire il preparato integro nel più breve tempo possibile e comunque solleva questa struttura da ogni responsabilità su eventuali manipolazioni o deterioramenti del vetrino nel periodo che è in suo possesso.

Il sottoscritto è altresì consapevole che il materiale citologico consegnato non sarà nel frattempo più disponibile nell'archivio di ISPRO per eventuali revisioni diagnostiche.

- Indirizzo di spedizione se diverso dalla residenza dichiarata:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ (Prov.) \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**Dichiara**, infine, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art 13 del Dlgs n. 196 del 2003, che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

Firma del ricevente \_\_\_\_\_