

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

Nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Via/P.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

avvalendosi dell'art. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole del potere di accertamento d'ufficio ai sensi dell'art. 43 del DPR 445/2000 e delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA**

Di essere:

- Titolare della documentazione, se maggiorenne;
- Genitore esercente la potestà, se il titolare è minore d'età (munito di Stato di famiglia);
- Terzo con delega da parte dell'intestatario della documentazione;
- Soggetto esercente la qualità di tutore, curatore o amministratore di sostegno (munito di documentazione comprovante);
- Erede (munito di Atto Notorio o certificato sostitutivo dello stesso rilasciato dal Comune).

**CHIEDE**

per il paziente \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_

1. il rilascio di una **copia della cartella ambulatoriale** di radioterapia del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (indicare data termine del trattamento)  
nel seguente formato:

- elettronico
- cartaceo (ritiro presso la nostra struttura)
- cartaceo (a mezzo posta all'indirizzo sottoriportato)

2. il rilascio di una **copia dei seguenti documenti sanitari relativi alle prestazioni ambulatoriali**

- referto di televisita specialistica preliminare del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- referto di valutazione clinica iniziale/consulto specialistico del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- relazione clinica di aggiornamento del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- referto di visita specialistica di anestesia e rianimazione del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- referto di valutazione psicosociale del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- referto psicologico del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- referto di visita ambulatoriale di valutazione clinica follow-up del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- referto di televisita follow-up del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- relazione di fine trattamento di radioterapia del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (indicare data di termine del trattamento)
- referto dell'esame TC del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- referto dell'esame RM del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

nel seguente formato:

- elettronico
- cartaceo (ritiro presso la nostra struttura)
- cartaceo (a mezzo posta all'indirizzo sottoriportato)

3. il rilascio di una **copia dell'esame RM** effettuato in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 per via telematica  
 su supporto fisico (DVD), da ritirare presso la nostra struttura  
 su supporto fisico (DVD), da spedire a mezzo posta all'indirizzo sottoriportato
4. il rilascio di una **copia dell'esame TC** effettuato in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 per via telematica  
 su supporto fisico (DVD), da ritirare presso la nostra struttura  
 su supporto fisico (DVD), da spedire a mezzo posta all'indirizzo sottoriportato
5. il rilascio di una **copia del Report del piano di cura adroterapico** del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (indicare data termine del trattamento)  
 per via telematica  
 su supporto fisico (DVD), da ritirare presso la nostra struttura  
 su supporto fisico (DVD), da spedire a mezzo posta all'indirizzo sottoriportato

**INDIRIZZO PER LA SPEDIZIONE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via/P.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**INDIRIZZO E-MAIL/PEC PER LA SPEDIZIONE IN FORMATO ELETTRONICO**

\_\_\_\_\_

Data richiesta \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Attenzione: in fase di invio richiesta, allegare**

1. **Copia di un documento di identità in corso di validità del richiedente**
2. **Copia degli estremi del bonifico (IT35B0306911336100000005821)**
3. **Eventuale copia della delega/procura/atto notorio.**

**DELEGA PER RILASCIO DOCUMENTI PRESSO CNAO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ titolare della documentazione clinica

DELEGA

Il/La Sig./ra \_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ CI \_\_\_\_\_

rilasciata da \_\_\_\_\_

al ritiro della documentazione richiesta il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data richiesta \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Attenzione: la persona delegata deve presentarsi con il proprio documento di identità valido e con un documento di identità valido in originale o in copia del delegante.**