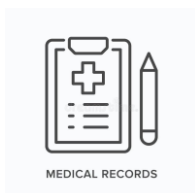




Via Guido Rossa 8 – 60131 Ancona – C.F. MRNFNC73D50A271X – P.I. 02062460429 –
centrodsaenonsolo@pec.it – www.dsa-ancona.it - dsaenonsolo@gmail.com



MODULO DI RICHIESTA ACCESSO / RILASCIO DOCUMENTAZIONE CLINICA

DATI DELL'UTENTE

Cognome e Nome: _____

Data di nascita: _____ / _____ / _____

Codice Fiscale: _____

Residente in (indirizzo): _____

Recapito telefonico: _____

E-mail: _____

OGGETTO DELLA RICHIESTA

Consultazione in sede della documentazione sanitaria

Rilascio copia documentazione sanitaria in formato:

cartaceo digitale (PDF via e-mail/portale)

Tipologia di documentazione richiesta (specificare):

DELEGA

Il/La sottoscritto/a, in qualità di utente/genitore/tutore, delega il Sig./la Sig.ra

_____ (C.F. _____)

a ritirare la documentazione richiesta.

Copia del documento d'identità del delegato allegata.

DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione del regolamento per l'accesso alla documentazione sanitaria e di acconsentire al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (GDPR).

Luogo e data: _____

Firma richiedente: _____

Firma del delegato (se presente): _____

Allegati:

- Copia documento d'identità del richiedente
- Copia documento d'identità del delegato (se presente)

Ancona 01/09/2025

La Responsabile del Centro
Dott.ssa Francesca Morini
Psicologa Psicoterapeuta

