Nome e cognome

Via

NPA Luogo

*Raccomandata*

Istituzione sanitaria

Professionista o dipartimento

Via

NPA Luogo

Luogo e data

**Richiesta di consultazione della cartella clinica**

A chi di competenza,

conformemente alle disposizioni federali e cantonali sulla protezione dei dati e sui diritti del paziente, con la presente inoltro la mia richiesta di accesso alla mia cartella clinica e chiedo cortesemente di inviarmi entro 30 giorni una copia:

dell’intera cartella clinica

di tutti i documenti medici contenuti nella mia cartella clinica a partire dal/dall’ DD.MM.AA

soltanto dei documenti elencati qui di seguito:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Desidero riceverli:

in formato digitale, sulla mia cartella informatizzata del paziente (CIP) o per posta elettronica certificata

in formato cartaceo, per raccomandata

Nell’attesa di un vostro cortese riscontro, vi porgo i miei distinti saluti,

Nome e firma

*Allegato: copia del mio documento d’identità*