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*