

**RICHIESTA DI RIESAME DEL RIFIUTO OPPOSTO A
RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE**

PAZIENTE: COGNOME	NOME	INIZ. 2° NOME
N. CASO		
STRUTTURA	UNITA'	

ISTRUZIONI: **CONSEGNARE UNA COPIA DEL MODULO AL PAZIENTE!** Preparare una (1) copia per il fascicolo del paziente.

RICHIESTA DI RIESAME

TIPOLOGIA RICHIESTA ORIGINALE

- RICHIESTA DI MODIFICA DOCUMENTAZIONE
 RICHIESTA DI ESAMINARE/COPIARE DOCUMENTAZIONE
 RICHIESTA DI LIMITARE L'UTILIZZO DI INFORMAZIONI RISERVATE:

RAGIONE PER IL RIESAME DEL RIFIUTO

Io sottoscritto tramite il presente strumento chiedo che il rifiuto opposto alla mia richiesta summenzionata venga riesaminato. Sono consapevole che la struttura potrebbe non accettare la mia richiesta, motivando tale rifiuto.

(Firma del paziente)

(Firma del genitore/tutore, se richiesta)

(Nome del paziente in stampatello)

(Nome del genitore/tutore in stampatello)

(Data)

(Data)

Risposta della struttura:

___ Richiesta approvata.

___ Richiesta negata. Ragione per il rifiuto

___ Il materiale da modificare non è stato creato dal programma.

___ Il materiale è costituito da una relazione di psicoterapia o da informazioni compilate in previsione di o per essere utilizzate in un'azione o in un procedimento civile, penale o amministrativo.

___ Il programma stabilisce che la documentazione è accurata e completa.

___ Altra motivazione. Descrivere _____

Direttore/Vicedirettore

Data