Mittente:

Nome e Cognome

Indirizzo/via + numero civico

Codice postale e luogo

Raccomandata

Medico o istituzione

Indirizzo del destinatario + numero civico

Codice postale e luogo

Luogo e data

**Richiesta di accesso ai dati del paziente**

Egregi Signore e Signori

In base all’articolo 25 della Legge federale sulla protezione dei dati del 25 settembre 2020 (LPD), vi chiedo cortesemente di fornirmi per iscritto e gratuitamente, entro 30 giorni, informazioni relative ai miei dati personali.

Vi prego di inviarmi una copia completa della mia cartella clinica e di confermare che le informazioni fornite siano complete e corrette. In allegato troverete una copia del mio documento ufficiale d’identità per la verifica della mia persona.

Qualora non foste in grado di fornirmi le informazioni richieste, vi chiedo di motivare la vostra decisione, come previsto dall’articolo 26, capoverso 4 LPD, entro lo stesso termine.

Vi ringrazio anticipatamente per la vostra collaborazione.

Cordiali saluti

[Nome e cognome] + Firma

* Copia del documento d’identità