

Cancellare la rappresentanza del / della titolare d'una cartella informatizzata del paziente (CIP) nella regione sudest

Richiesta di cancellare una rappresentanza CIP

del / della titolare di una cartella informatizzata del paziente (CIP) [a norma della legge federale sulla cartella informatizzata del paziente \(LCIP\)](#). Si prega di dedicare tempo sufficiente per compilare questo modulo.

Titolare CIP

Cognome(i)	Nome(i)		
Via e no.	Codice postale, luogo	Cantone	
Data di nascita	Sesso	<input type="radio"/> femmina	<input type="radio"/> maschio <input type="radio"/> altro
Tipo di documento d'identità	Numero del documento d'identità		
Documento d'identità valido fino a	Numero di sicurezza sociale (no. AVS)		

Rappresentanza CIP da cancellare¹

Cognome(i)	Nome(i)		
Via e no.	Codice postale, luogo		
Numero del cellulare personale	Indirizzo e-mail personale		
Data di nascita (età minima 16 anni)	Sesso	<input type="radio"/> femmina	<input type="radio"/> maschio <input type="radio"/> altro

¹Requisiti importanti

È possibile cancellare la rappresentanza CIP sia da parte del titolare CIP che del / della rappresentante CIP stesso(a):

- il / la titolare CIP oppure della rappresentanza legale possono cancellare la rappresentanza CIP a condizione che sia autorizzato(a) a gestire lui / sei stesso(a) l'CIP (capaci di discernimento dall'età di 16 anni in poi);
- il / la rappresentante CIP stesso(a) può cancellare la rappresentanza CIP a condizione che il / la titolare CIP sia capace di discernimento dall'età di 16 anni in poi oppure se è determinata nell'CIP un'altra rappresentanza CIP (nel caso di bambini al di sotto i 16 anni oppure di persone tutelate).

Conferma titolare CIP oppure del / della rappresentante CIP

Sono d'accordo di cancellare la rappresentanza CIP suddetta CIP nella CIP del / della titolare. Confermo d'essere autorizzato(a) a farlo quale titolare CIP (o rappresentanza legale) oppure quale rappresentante CIP stesso(a).

Luogo, data	Firma del / della titolare CIP o della rappresentanza CIP (da 16 anni in poi)
Luogo, data	Firma della rappresentanza legale oppure della persona autorizzata alla rappresentanza ²

² Rappresentanza legale o persona autorizzata alla rappresentanza, se necessario

Confermo / Confermiamo che sono / siamo autorizzato(i) ad agire quale(i) rappresentante(i) legale(i):

- per persone fino a 16 anni capaci di discernimento: in caso d'autorità parentale congiunta è necessaria la firma di entrambi i detentori dell'autorità parentale. È necessaria la carta d'identità originale del titolare CIP e dell'autorità parentale che lo accompagna. Per una persona con autorità parentale assente è necessario presentare un documento d'identità originale o una copia firmata a mano della carta d'identità (firma visibile).
- nell'ambito di una tutela a norma dell'art. 393 ss. Codice Civile Svizzero
- altra procura legalmente valida.

³ Fornire le prove di un rapporto di rappresentanza

Si prega di allegare prove adeguate, come ad esempio:

- certificato di famiglia per sposi; riconoscimento di paternità o certificato dello stato civile registrato per copie non sposate (certificati da ottenere presso l'ufficio dello stato civile);
- decreto di separazione / divorzio legalmente valido che evidenzia la custodia;
- certificato di tutela dell'autorità di protezione dei minori e degli adulti.
- certificato di morte (incluso il certificato di famiglia, se il nome del richiedente è diverso)

La rappresentanza CIP non può essere esercitata solo dalla rappresentanza legale (p. es. tutore) stessa, ma anche essere concessa dalla rappresentanza CIP ad una terza persona che si prende cura del / della titolare EPD.

Il prossimo passo

Ora siete pronto(a) a visitare di persona un [punto d'apertura CIP](#). Là saranno verificati i Vostri dati di questo modulo e controllati i documenti d'identità originali che avete portato con Voi. Si prega di non dimenticare i seguenti documenti:

- Questa **domanda per cancellare la rappresentanza CIP** – correttamente compilata e firmata **a mano**.
- Le seguenti prove:
 - **documento d'identità ufficiale originale valido (passaporto, carta d'identità, permesso residenza stranieri) del / della titolare CIP (rispettivamente rappresentanza legale) o del / della rappresentante CIP**
 - *se necessario, la **prova del rapporto di rappresentanza legale***³



punti d'apertura CIP

Ulteriori informazioni

Si prega di consultare il nostro sito web esanita.ch per ulteriori informazioni.

È possibile ottenere una panoramica completa delle funzionalità e delle configurazioni dell'CIP sul nostro sito web esanita.ch/it/download nei documenti «Informazioni clienti sulla cartella informatizzata (CIP)» e «Come usare il portale CIP del paziente – Istruzioni per l'uso».

Conferma del punto d'apertura CIP (p.f. lasciare in bianco)

Punto
d'apertura CIP

Data / firma
persona esecutrice