

**MODULO RICHIESTA/RILASCIO COPIA CARTELLA CLINICA**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, recapito telefonico \_\_\_\_\_

in qualità di **Intestatario della cartella clinica**

Ovvero, consapevole della responsabilità penale per dichiarazioni false o mendaci ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, in qualità di:

**Erede legittimo**       **Esercente la responsabilità genitoriale**       **Tutore**       **Curatore**

di: \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** 1) La richiesta deve essere corredata da fotocopia controfirmata fronte/retro di un documento d'identità in corso di validità dell'avente diritto.  
2) In caso di soggetto diverso dall'intestatario, deve essere allegata anche la documentazione attestante la legittimazione del richiedente.

**CHIEDE**

Copia cartacea della cartella clinica del soggetto sopra indicato, ricoverato presso il Reparto di \_\_\_\_\_, in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, e dimesso in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

da ritirare presso gli sportelli accettazione della sede di Via Fulda, 14.

Data e firma \_\_\_\_\_

**DELEGA**

alla presentazione della richiesta di copia e alla ricezione della cartella clinica in forma cartacea presso gli sportelli accettazione della sede di Via Fulda, 14:

il sig./sig.ra: \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_

Data e firma \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** in caso di delega, il delegato dovrà produrre fotocopia controfirmata di un documento di riconoscimento del delegante fronte/retro in corso di validità e riceverà informativa al trattamento dei propri dati personali.