

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.