

## RICHIESTA DI COPIA CARTELLA CLINICA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_

Tipo documento \_\_\_\_\_ n.° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali previste dell'art. 76 del D.P.R. n.°445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

### IN QUALITÀ DI

diretto/a interessato/a;

#### oppure

legale rappresentante;  esercente la responsabilità genitoriale sul minore;  erede legittimo o testamentario (allego dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà)  tutore/curatore/amministratore di sostegno di persona non in possesso delle capacità di agire;  delegato da intestatario della documentazione sanitaria (allego delega)

del/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

data di nascita \_\_\_\_\_ oppure data del decesso \_\_\_\_\_

**RICHIESTE COPIA:** personalmente, o tramite persona munita di delega scritta dall'interessato, corredata di fotocopia di valido documento di identità sia del delegante che del delegato.

1) da ritirare presso l'Ufficio Cartelle Cliniche

2) da inviare per via postale con pagamento in contrassegno a carico del destinatario al seguente indirizzo:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

#### ➤ DELLA CARTELLA CLINICA

**PERIODO DI RICOVERO** (data di ingresso e di dimissione)

PRESSO U.O. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

PRESSO U.O. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

PRESSO U.O. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

➤ **DEL REFERTO DI PRONTO SOCCORSO** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

➤ **DEGLI ESAMI DIAGNOSTICO-STRUMENTALI** del giorno \_\_\_\_\_

➤ **ALTRO** \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (RGDP), di essere stato/a informato/a che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, per la sola finalità del rilascio della copia di cartella clinica richiesta.

Il/La sottoscritto/a allega fotocopia di valido documento di identità ed eventuale modulo di delega.

Data \_\_\_\_\_ Firma per esteso del Richiedente \_\_\_\_\_

Data ritiro \_\_\_\_\_ Firma per esteso del Richiedente \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma dell'Operatore Archivio Sanitario \_\_\_\_\_