

PRESIDIO OSPEDALIERO SAN MARTINO

MODULO RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA**Intestatario Cartella Clinica**

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Indirizzo _____ n. _____ Citta' _____

CAP _____ Prov. _____ Tel./Cell. _____

Richiedente (Compilare solo se persona diversa dall'intestatario)

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Indirizzo _____ n. _____ Citta' _____

CAP _____ Prov. _____ Tel./Cell. _____

Consapevole delle responsabilità previste dall'art.75 del d.p.r.445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA DI ESSERE

- Genitore esercente la patria potestà
- Tutore *
- Curatore *
- Amministratore di sostegno *
- Erede (che agisce in nome e per conto degli altri coeredi)

*(Allegare provvedimento di nomina da parte del Giudice Tutelare del Tribunale)

CHIEDE

Copia Cartella clinica: N.° copie _____ Reparto _____

Periodo di Ricovero _____

Altra documentazione: _____

Modalità ritiro e pagamento:

- Presso Ufficio Cartelle Cliniche (in caso di ritiro da parte di persona diversa dall'interessato occorre presentare delega e documento di identità del delegato)
- Servizio Postale in contrassegno :specificare se la spedizione deve essere effettuata presso:
 - indirizzo intestatario
 - indirizzo richiedente
 - altro indirizzo: _____

Il sottoscritto ai sensi del D.Lgs 101/2018(codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

DATA _____ FIRMA _____ (Allegare documento di identità)

NOTE: Il tempo di consegna della fotocopia di cartella clinica è di 7gg.dalla data della richiesta all'Uff. Cartelle Cliniche, purchè siano trascorsi 30gg.dalla data di dimissione.

