

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

Intestatario della cartella

Nome _____ Cognome _____
Nato a _____ Prov. _____ il _____ Residente
a : _____ / _____ Prov _____ Via _____
CAP _____ Telefono _____

Richiedente (Compilare solo se persona diversa dall'intestatario)

Nome _____ Cognome _____
Nato a _____ Prov. _____ il _____ Residente
a : _____ / _____ Prov _____ Via _____
CAP _____ Telefono _____

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci o contenenti dati non più rispondenti a verità e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art 75 del richiamato DPR 445/2000, nonché dei controlli che questa Amministrazione è tenuta ad effettuare in relazione alla veridicità delle dichiarazioni presentate, secondo le modalità indicate dall'art. 71 del medesimo DPR 445/2000.

DICHIARA DI ESSERE

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

CHIEDE

Copia Cartella clinica : Reparto _____

Periodo di ricovero _____

La cartella clinica è rilasciata in copia autenticata dal servizio di Accoglienza del presidio ospedaliero nel termine massimo di 30 giorni dalla data della richiesta e in caso non fosse ancora archiviata presso l'ufficio cartelle cliniche in attesa di completamento con la documentazione delle complessive indagini diagnostiche effettuate durante il ricovero, tale termine sarà differito di ulteriori 30 giorni.
Il costo è di €. 10,00= per cartella clinica + spese di spedizione di €. 5,00 da pagare anticipatamente al momento della richiesta, precisando che durante il ricovero eventuali trasferimenti da uno stabilimento ospedaliero ad un altro producono più cartelle cliniche.

Servizio postale in raccomandata : specificare con una X se la spedizione deve essere effettuata presso :

indirizzo intestatario indirizzo richiedente

altro indirizzo: _____

Il sottoscritto ai sensi del D.Lgs 196/2003 (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)**