

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

Intestatario della cartella

Nome _____ Cognome _____
Nato a _____ Prov. _____ il _____ Residente _____
cap _____ Via _____ n _____ Provincia _____
Telefono _____

Richiedente (Compilare solo se persona diversa dall'intestatario)

Nome _____ Cognome _____
Nato a _____ Prov. _____ il _____ Residente _____
cap _____ Via _____ n _____ Provincia _____
Telefono _____

Consapevole delle responsabilità previste dall'art.76 del d.p.r. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA DI ESSERE

- *Intestatario della cartella*
- *Erede (che agisce in nome e per conto degli altri coeredi)*
- *Genitore esercente la responsabilità genitoriale (che agisce in nome e per conto anche dell'altro genitore)*
- *Tutore*
- *Curatore*
- *Amministratore di sostegno*

CHIEDE

Copia Cartella clinica n. _____ reparto _____ presidio _____
Copia Cartella clinica n. _____ reparto _____ presidio _____
Copia Cartella clinica n. _____ reparto _____ presidio _____

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. Nel caso in cui al momento della richiesta la cartella non risultasse archiviata presso l'Ufficio cartelle cliniche, al fine di procedere al completamento della stessa con la documentazione relativa a particolari e complesse indagini diagnostiche, il termine è differito di ulteriori 30 giorni.

Il costo è di Euro 10 per cartella clinica da pagare anticipatamente al momento della richiesta.

CHIEDE

Di ritirare la copia della cartella clinica presso _____

L'invio postale al seguente indirizzo _____

La tariffa per la trasmissione al proprio domicilio tramite servizio postale è di 10 € a copia +7 Euro di spese di spedizione.

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)