

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

Intestatario della cartella

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

Richiedente (Compilare solo se persona diversa dall'intestatario)

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

Consapevole della responsabilità prevista dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA DI ESSERE

- Genitore esercente la responsabilità genitoriale** (che agisce in nome e per conto anche dell'altro genitore)
- Erede** (che agisce in nome e per conto anche degli altri coeredi)
- Tutore** (Allegare provvedimento di nomina da parte del Giudice Tutelare del Tribunale)
- Curatore** (Allegare provvedimento di nomina da parte del Giudice Tutelare del Tribunale)
- Amministratore di sostegno** (Allegare provvedimento di nomina da parte del Giudice Tutelare del Tribunale)

CHIEDE

Copia Cartella clinica : Reparto _____

Periodo di ricovero _____

La cartella clinica è rilasciata in copia autenticata dal Direttore Medico di Stabilimento nel termine massimo di 30 giorni dalla 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 al momento della richiesta. Si precisa che in costanza di ricovero eventuali trasferimenti da un reparto ad un altro producono più cartelle cliniche.

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

a) l'indirizzo intestatario **b)** l'indirizzo richiedente **c)** altro indirizzo

La tariffa per la trasmissione al proprio domicilio tramite servizio postale è di 10 € a copia + 7 € per le 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)