

MODULO DI RICHIESTA/RILASCIO DI COPIA CARTELLA CLINICA

Io sottoscritto COGNOME _____ NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____ CODICE FISCALE _____

E-MAIL _____

In qualità di:

- 1) Intestatario (Titolare della cartella clinica)
- 2) Erede legittimo dell'interessato (art. 536 c.c.)
- 3) Esercente la potestà genitoriale nei confronti dell'intestatario
- 4) Legale rappresentante/Tutore/Curante dell'intestatario
- 5) Difensore per svolgimento di indagini per procedimenti penali in corso (allegare copia del procedimento, delega e documenti del titolare della cartella)

indicare il titolare della cartella clinica (da compilare SOLO se il richiedente di cui 2), 3), 4), 5) è diverso dal titolare

COGNOME _____ NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____ CODICE FISCALE _____

IMPORTANTE: allegare fotocopia controfirmata di un documento di riconoscimento fronte/retro dell'intestatario, nonché le certificazioni di legge attestanti la titolarità del richiedente se diverso dall'intestatario.

MOTIVO DELLA RICHIESTA: _____

Richiedo la cartella clinica in copia conforme all'originale del seguente ricovero:

Reparto	Data di ingresso	Data dimissioni	N° copie

- 6) Chiedo il ritiro della cartella clinica solo se disponibile al momento della richiesta
- 7) Chiedo invio tramite raccomandata al seguente indirizzo ed invio di SMS per la comunicazione del numero di raccomandata per avvenuta spedizione al cellulare dichiarato.

DESTINATARIO _____

VIA _____ N. CIVICO _____

CAP _____ COMUNE _____ PROV. _____ N. CELL. _____

8) Io sottoscritto dichiaro di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

9) Io sottoscritto dichiaro consapevolmente di accettare che il recapito della suddetta documentazione sanitaria avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dalla raccomandata postale, che prevede la consegna della posta anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc.)

IN ASSENZA DI DOCUMENTAZIONE LA RICHIESTA NON SARÀ EVASA

Data _____

Firma del richiedente (anche per attestazione dei punti da 1 a 9)

N.B. Informativa al rilascio sul retro del foglio