

## MODULO DI DELEGA 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 o Tutore/Curatore dell'intestatario

### DELEGO

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

- 4) Al ritiro della cartella clinica solo se disponibile al momento della richiesta  
 5) Alla richiesta di spedizione della cartella clinica

### Dati dell'Intestatario del ricovero:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Nato il \_\_\_\_\_

Reparto	Data di ingresso	Data dimissioni	N° copie

Motivo della richiesta: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** allegare fotocopia controfirmata di un documento di riconoscimento fronte/retro in corso di validità del delegante/titolare della cartella clinica e del delegato, nonché le certificazioni di legge attestanti la titolarità del delegante se diverso dal delegato/titolare della cartella clinica.

- 6) Autorizzo la spedizione al seguente indirizzo e l'invio di SMS per la comunicazione di numero di raccomandata per avvenuta spedizione

DESTINATARIO \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N. CIVICO \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ N. CELL. \_\_\_\_\_

7) 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.

8) 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 8)

**N.B. Informativa al rilascio sul retro del foglio**