

**INTESTATARIO DELLA CARTELLA**

NOMINATIVO: _____

C.F.: _____

INDIRIZZO: _____

CAP: _____ COMUNE: _____ PROVINCIA: _____

TELEFONO: _____

(Allegare copia documento di identità)

RICHIEDENTE (compilare solo se persona diversa dall'intestatario)

NOMINATIVO: _____

C.F.: _____

Consapevole delle responsabilità previste dall'Art.76 del d.p.r. 445/200, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA DI ESSERE Genitore esercente la patria potestà Tutore* Amministratore di sostegno* Curatore* Erede (con il consenso degli altri eredi)

* (allegare provvedimento di nomina da parte del Giudice Tutelare del Tribunale)

(Allegare copia documento di identità)

CHIEDE

Copia Cartella Clinica:

Reparto _____

N° Cartella _____

MODALITÀ DI RITIRO **Ritiro di persona** presso l'Ufficio Informazioni.

Orari: Lunedì/Venerdì 8.00 – 18.30, Sabato 8.00 – 12.00

 Spedizione specificare con una X se la spedizione deve essere effettuata presso: a) l'indirizzo dell'intestatario b) l'indirizzo richiedente c) altro indirizzo _____. **Ritiro tramite persona delegata**

La persona delegata deve obbligatoriamente esibire all'atto del ritiro:

1. **un proprio documento d'identità;**2. **documento d'identità del paziente (anche in copia) n°: _____;**3. **il sottostante "ATTO DI DELEGA" debitamente compilato e firmato dal richiedente.****ATTO DI DELEGA**

IL SOTTOSCRITTO PAZIENTE (NOME E COGNOME) _____

DELEGA AL RITIRO DELLA PROPRIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA IL SIG./SIG.RA:

NOME _____ COGNOME _____

DATA __/__/____ FIRMA DEL PAZIENTE _____

Per avvenuta consegna dei documenti sanitari alla persona delegata:

DATA __/__/____ FIRMA DEL DELEGATO _____

NOTE: Il tempo di rilascio della fotocopia di cartella clinica è di 30 gg dalla data di consegna del presente modulo, previo pagamento, purché siano trascorsi 15 gg dalla dimissione.

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 del richiedente _____