



DIREZIONE AMMINISTRATIVA  
Ufficio Cartelle Cliniche  
Direttore f.f.: Dott. ssa Cristina Cipani  
Tel. 030399.5962 Fax 030399.5066  
Email: segreteria.scbclin@asst-spedalivicivi.it

## RICHIESTA CARTELLA CLINICA/DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Città/Provincia \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

documento d'identità \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

### CHIEDE il rilascio di copia autentica della documentazione sanitaria:

- Cartella Clinica ricovero nel **Reparto** \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- Cartella Clinica ricovero nel **Reparto** \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- Cartella ambulatoriale MAC/BIC/ nel **Reparto** \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- Referto ambulatoriale (specificare) \_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- Referto** esame diagnostica strumentale (specificare) \_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- Immagini** esame diagnostica strumentale (specificare) \_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- Verbale di Pronto Soccorso \_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- Altro (specificare \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- Attestazione di ricovero (specificare) \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### CHIEDE la SPEDIZIONE, con spese a carico del destinatario, al seguente indirizzo:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Città/Provincia \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

Letto, confermato e sottoscritto, 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 e dichiarando altresì di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 e successive modificazioni ed integrazioni, che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della presente richiesta

Data, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**In caso di dati /documenti mancanti la richiesta sarà ritenuta incompleta e non sarà accolta**

### DELEGA alla RICHIESTA/RITIRO

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ (delegato)

documento d'identità \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(il delegato deve esibire documento di identità valido e copia controfirmata del documento d'identità del delegante.)

Firma del DELEGANTE \_\_\_\_\_