



DIREZIONE AMMINISTRATIVA
Ufficio Cartelle Cliniche
Direttore f.f.: Dott.ssa Cristina Cipani
Tel. 030399.5962 Fax 030399.5066
Email: segreteria.sbclin@asst-spedalivicili.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. _____

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 "Norme penali" dello stesso D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità, **DICHIARA** di essere

erede legittimo (specificare il grado di parentela) _____

genitore esercente la potestà genitoriale

altro avente diritto (specificare ed allegare documentazione) _____

CHIEDE il rilascio di copia autentica della documentazione sanitaria relativa al **paziente**:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ codice fiscale _____

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 ___/___/___

Attestazione di ricovero (specificare) _____ dal ___/___/___ al ___/___/___

Altro (specificare) _____ del ___/___/___

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

Cognome e nome _____ Città e Provincia _____

via _____ n. _____ 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 _____