

	<b>RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA e/o DOCUMENTAZIONE SANITARIA</b>	<b>PRO 2 Mod.01 Rev.1/2018</b>
		Pag. 1 di pag. 1

Richiesta copia documentazione sanitaria a:  Servizio Ufficio ricoveri  Poliambulatorio

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

residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel/cell \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

<b>DICHIARO DI ESSERE</b> (barrare la voce che interessa ed allegare eventuale documentazione a supporto) <input type="checkbox"/> l'intestatario della documentazione sanitaria <input type="checkbox"/> persona delegata (come da dichiarazione espressa nell'apposito modulo) <input type="checkbox"/> tutore/amministratore di sostegno <input type="checkbox"/> erede legittimo <input type="checkbox"/> genitore esercente la patria potestà (come da dichiarazione espressa nell'apposito modulo) <input type="checkbox"/> altro _____
---

**CHIEDE**

Il Rilascio di N° \_\_\_\_ copia/e conforme all'originale della Cartella Clinica relativo al ricovero e/o Prestazione

Ambulatoriale avvenuto il \_\_\_\_\_ della/del Sig.ra/Sig. \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ per uso:  Legale  Clinico  Convenzione Assicurativa

Il Rilascio di Copia conforme all'originale del Referto relativo a \_\_\_\_\_,  
(Specificare tipologia)

compreso di CD:  SI  NO eseguito in data \_\_\_\_\_

del/della/Sig.ra/ Sig. \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

per uso:  Legale  Clinico  Convenzione Assicurativa

Richiesta: <input type="checkbox"/> ORDINARIA <input type="checkbox"/> DI INVIO PER POSTA al seguente indirizzo .....
---

**Documento di identità n.** \_\_\_\_\_ **rilasciato da:** \_\_\_\_\_ di cui allego copia (fronte e retro), 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. **NOTA:** Il sottoscritto ai sensi del D. Lgs. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Data della richiesta \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_

<b>Spazio a cura dell'ufficio di competenza:</b>	
Firma dell'operatore che riceve la richiesta: _____	
Cartella Clinica N. _____	Prestazione Ambulatoriale N. _____
<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> incompleta
Totale pagine _____	Data e Firma del medico per approvazione _____
Data contatto al completamento _____	Firma e/o sigla operatore _____ Integrazione con n° pagine _____