



**MODULO DI RICHIESTA PER IL RITIRO DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA
ANTECEDENTE 01.01.2018**

Nr. Cartella/e Clinica/e € 35,00 cadauna []

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a..... il
residente a in C.AP.
tel/cell. CF.....

IN QUALITA' DI:

- diretto interessato
- essendo minore emancipato
(allegare idonea certificazione art. 90 e ss c.c.)
- esercitante la potestà nei confronti di
- esercitante la rappresentanza legale nei confronti di
(allegare copia della Sentenza di tutore o curatore o copia integrale dell'atto di notorietà)
- legittimo erede di
(allegare dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante la qualità di legittimo erede, la relazione di parentela esistente con il defunto, nonché l'indicazione dei dati anagrafici del defunto)

Dichiara di aver l'assenso di altri aventi diritto a richiedere e ritirare il documento di cui alla presente istanza (altro genitore, altri eredi, ecc.), assumendone tutte le eventuali responsabilità

CHIEDE il rilascio, per gli usi consentiti dalla legge, di:

- COPIA DELLA CARTELLA CLINICA, IN CARTA LIBERA**
- CERTIFICATO DI DEGENZA:**
 - con diagnosi senza diagnosi in copia conforme e bollo
- COPIA DI ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA:** specificare:
- in carta libera in copia conforme e bollo

relativa alla degenza o ad altra prestazione sanitaria fruita da :

Sig./ra.....nato/a.....il.....CF.....
presso la Casa di Cura "Policlinico San Marco - Reparto..... dal al

ALLEGARE copia di un documento di riconoscimento valido del richiedente

Data Firma:

Il sottoscritto/a DICHIARA sotto la propria responsabilità di essere a conoscenza di quanto previsto degli artt. 71 , 75 , e 76 del D.P.R. n. 445/2000, sulla responsabilità penale prevista per chi rende false dichiarazioni, sui relativi controlli e sulla conseguente decadenza dei benefici in caso di verifica di dichiarazione non veritiere e di aver preso atto dell'informativa sul trattamento dei dati personali forniti con riguardo al presente procedimento, ai sensi degli



artt. 13 e 23 del D. Lgs. 196/2003 e di acconsentire al trattamento dei dati personali forniti con riguardo al presente procedimento, all'eventuale elaborazione dei dati ai fini statistici ed in forma anonima, al fine di migliorare il servizio ed alla trasmissione dei dati a soggetti interessati, per adempimenti previsti dalla normativa vigente.

Data:

Firma:

da spedire []

provvederà al ritiro []

CC n°.....	anno.....	ord. []	day []	rep.	
CC n°.....	anno.....	ord. []	day []	rep.	
CC n°.....	anno.....	ord. []	day []	rep.	Totale CC.....

RITIRO DOCUMENTAZIONE

Il / La Sig. / ra
dichiara di ricevere in data la documentazione richiesta,
Documento identità (tipo) n.
rilasciato da il

(ALLEGARE copia del documento)

Firma dell'addetto: Firma del richiedente:



RITIRO DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

DELEGA

Il/La sottoscritto/a

delega

Il /La Sig./ra.....

nato/a..... il

residente a in C.AP.

tel/cell. CF.....

al ritiro della cartella clinica relativa alla degenza o ad altra prestazione sanitaria fruita da :

.....

(ALLEGARE copia del documento del delegante)

Data:

Firma: