



RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Mod B

Alla cortese attenzione
della Direzione Sanitaria
luogo

Data / /

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a provincia (o stato estero) il

e residente a provincia

in n° telefono

documento di identità n° data rilascio / /

rilasciato da

CHIEDE il rilascio di copia conforme di

Cartella clinica **Referto** **Verbale di Pronto Soccorso** **Altro (specificare).....**

Intestato/i a relativa alla prestazione (indicare il tipo: ricovero/esame/visita) , avvenuta in data / / , presso l'ospedale di Unità Operativa di in qualità di:

Titolare della documentazione **Tutore /Curatore /Amministratore***

di soggetto interdetto / inabilitato / amministrato

Erede* di soggetto deceduto **Esercente* la potestà genitoriale di soggetto minore di anni 18**

* Per i soggetti diversi dal titolare è necessario allegare dichiarazione sostitutiva di certificazione (autocertificazione).

Dichiara di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs 196/2003 e s.m.i., nell'ambito del procedimento e degli adempimenti conseguenti per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma del richiedente

DOCUMENTI DA RITIRARE N°..... , SOMMA DA PAGARE SALVO CONGUAGLIO €

(per le cartelle cliniche: 1 copia € 9,00 fino a 50 facciate, oltre le 50 € 0,20 a facciata)

Riceve in data / / copia della documentazione intestata a

Firma per ricevuta

DELEGA al ritiro della sopraindicata documentazione

Il/la sig./sig.ra

Nato/a a provincia (o stato estero)

documento di identità n° data rilascio / /

rilasciato da

Firma del delegante

Firma del delegato

Alla consegna della copia della documentazione devono essere esibiti: Fotocopia del documento di identità del richiedente delegante, Originale del documento di identità del delegato.