

RICHIESTA COPIA DI CARTELLA CLINICA

La/Il sottoscritto/a _____ C.F.: _____
nata/o a _____ il ____/____/_____, residente a
_____ in via _____ n° _____ tel/cell: _____

chiede copia di

cartella clinica

cartella ambulatoriale

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA DA PARTE DI EREDI/TUTORI/CURATORI

del/della Sig/Sig.ra _____ nato/a a
_____ il _____ (deceduto/a il _____)

Ricovero nel reparto

1. _____ dal ____/____/_____ al ____/____/_____ N°CC _____
2. _____ dal ____/____/_____ al ____/____/_____ N°CC _____
3. _____ dal ____/____/_____ al ____/____/_____ N°CC _____

Data ____/____/_____ firma _____

N.B. Al momento della richiesta della copia della Cartella Clinica è necessario esibire un documento di identità valido che sarà fotocopiato ed allegato alla richiesta, in caso di:

- Famigliare/Parente/Affine avente titolo di erede: a) dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante il titolo di erede **autenticata in Comune** b) documento di identità valido
- Tutore/Curatore: a) provvedimento giudiziale di nomina b) documento di identità valido
- delegato: delega firmata dal delegante, fotocopia del documento di identità valido del delegante, documento di riconoscimento valido del delegato

DELEGA PER IL RITIRO DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

1. Il/La sottoscritto/a _____ nata/o
a _____ il ____/____/_____ delega il/la
Signor/a _____ nato/a a _____ il
____/____/_____ al ritiro di copia della sopracitata Documentazione Sanitaria, liberando con ciò la Casa di
Cura Villa Berica s.r.l., da qualsiasi responsabilità.

Data ____/____/_____ firma _____

E' consapevole, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000, che in caso di dichiarazioni mendaci accertate dall'Amministrazione procedente, verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera (artt. 71 e 72 D.P.R. 445/2000) E' a conoscenza che il trattamento dei dati personali è disciplinato dal D. Lgs. N.196 del 30/06/2003

Il pagamento della documentazione sanitaria verrà richiesto al momento della richiesta della copia.

MODALITÀ DI RITIRO DELLA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

- Ritira il Paziente (o suo delegato)
- Richiede spedizione tramite Corriere

firma _____