



**RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA
e/o
DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

**PRO 2
Mod.01
Rev.0/2013**

Pag. 1 di pag. 1

Richiesta copia documentazione sanitaria a: Servizio Ufficio ricoveri Poliambulatorio

Il /La sottoscritto/a _____

In qualità di _____

Nata/o a _____ il _____

Residente a _____ Via/P.zza _____

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

è consentita la consultazione del documento nel caso di Ricerca Statistica

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

eseguito in data _____ relativo alla/al Sig.ra/ Sig. _____

nato/a il _____ per uso: Legale Clinico Convenzione Assicurativa

è consentita la consultazione del documento nel caso di Ricerca Statistica

Richiesta: ORDINARIA

URGENTE _____ (Specificare la motivazione dell'urgenza)

IN CONSIDERAZIONE DELL'URGENZA VIENE RILASCIATA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA COSI' COME COMPILATA ALLA DATA DELLE RICHIESTA. LA STESSA, PERTANTO, POTREBBE MANCARE DI ELEMENTI DOCUMENTALI DEL PERCORSO ASSISTENZIALE

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 _____

Spazio a cura dell'ufficio di competenza

Cartella Clinica N. _____ **Prestazione Ambulatoriale N.** _____

Totale pagine Copie _____

Data contatto con il richiedente _____

Firma e/o sigla operatore _____

Firma del medico per approvazione _____