

	RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA e/o DOCUMENTAZIONE SANITARIA	PRO 2 Mod.01 Rev.1/2017
		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 _____

DICHIARO DI ESSERE (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)

eseguito in data _____ relativo alla/al 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 _____

Spazio a cura dell'ufficio di competenza		
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 _____