



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

**PRO 2  
Mod.01  
Rev.3/2023**  
Pag. 1 di pag. 1

Richiesta copia documentazione sanitaria a:  Servizio 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)

- l'intestatario della documentazione sanitaria  persona delegata (come da dichiarazione espressa nell'apposito modulo)  
 tutore/amministratore di sostegno  erede legittimo  
 genitore esercente la patria potestà (come da dichiarazione espressa nell'apposito modulo)  Altro \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il Rilascio di N°..... copia/e conforme all'originale della **Cartella Clinica** del ricovero avvenuto il \_\_/\_\_/\_\_\_\_

il Rilascio di N°..... copia **di Prestazione Ambulatoriale** (cartella MAC/BOCA) avvenuta il \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Il Rilascio di Copia conforme all'originale del **Referto** contenuto in cartella di \_\_\_\_\_,  
(Specificare tipologia)

se previsto compreso di CD:  SI  NO del ricovero avvenuto il \_\_/\_\_/\_\_\_\_

della/del Sig.ra/Sig. \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Richiesta:  **ORDINARIA**

**DI INVIO PER POSTA**

al seguente indirizzo .....  
sollevo la Casa di Cura Igea da ogni responsabilità relativamente allo smarrimento o danno del documento nonché sull'uso in materia di protezione dei dati personali previsti dal D.Lgs 101 del 10 agosto 2018, ai sensi dell'art. 13 del regolamento UE 2016/679

**Documento di identità del richiedente 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.

Data della richiesta \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_

Il trattamento dei dati è conforme alle disposizioni contenute ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali e D.lgs. 10/08/2018 n.101, nonché possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

**Spazio a cura dell'ufficio di competenza:**

**Firma dell'operatore che riceve la richiesta:** \_\_\_\_\_

**Cartella Clinica N.** \_\_\_\_\_

**Prestazione Ambulatoriale N.** \_\_\_\_\_

Il documento è ordinato dal pag.1 a pag. \_\_\_\_\_

Data contatto al completamento \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Firma e/o sigla operatore \_\_\_\_\_