

	RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA e/o DOCUMENTAZIONE SANITARIA	PRO 2 Mod.01 Rev.2/2020
		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 interesse personale

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

compreso di CD: SI NO eseguito in data _____

del/della/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 dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali e D.lgs. 10/08/2018 n.101, 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:

Firma dell'operatore che riceve la richiesta: _____

Cartella Clinica N. _____ Prestazione Ambulatoriale N. _____

completa incompleta

Totale pagine _____ Data e Firma del medico per approvazione _____

Data contatto al completamento _____ Firma e/o sigla operatore _____ Integrazione con n° pagine _____