

## 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 \_\_\_\_\_