

**RICHIESTA DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA**  
(Soggetti interessati)

Alla c.a. della Direzione Sanitaria

Reparto: \_\_\_\_\_ n. Cartella: \_\_\_\_\_  
n. fattura: \_\_\_\_\_ SPEDIZIONE \_\_\_\_\_ RITIRO \_\_\_\_\_

**Dati richiedente:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

recapito telefonico: \_\_\_\_\_ indirizzo email: \_\_\_\_\_

Ricoverato nel reparto di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Ricoverato nel reparto di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Ricoverato nel reparto di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, **chiede il rilascio di copia autenticata della propria cartella clinica**

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

**MODALITA' DI RITIRO**

a) presso l'Ufficio Archivio della struttura (mar e merc 15,00 -18,00 – sab. 9,00 -12,00)  
Tel.080 5075013 (lun-ven. 10,00 -12,00 e 15,00 - 18,00 – sab. 10,00 -12,00)

b) spedizione postale o con servizio privato all'indirizzo del richiedente:

oppure, se diverso, al seguente indirizzo: \_\_\_\_\_

(Si allega copia del documento di riconoscimento)

**DELEGA**

alla richiesta della cartella clinica il Sig./la Sig.ra \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Si allega copia del documento di riconoscimento: al ritiro della cartella clinica il Sig. / la Sig.ra \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_.

Si allega copia del documento di riconoscimento:

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Dichiaro di aver ritirato la copia della cartella clinica in data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_