

RICHIESTA DI COPIA DI CARTELLA CLINICA
(Paziente interessato DECEDUTO)

Alla c.a. della Direzione Sanitaria

Reparto: _____ n. Cartella: _____
n. fattura: _____ SPEDIZIONE _____ RITIRO _____

Dati richiedente:

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____ C.F. _____

Residenza _____

recapito telefonico: _____ indirizzo email: _____

Il sottoscritto - consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e nella sua qualità di _____ ai sensi dell'art. 2 terdecies del D.lgs. n. 196/2003 (Codice della Privacy) e nell'esercitare i diritti di cui agli artt. da 15 a 22 del Regolamento UE 679/2016 RICHIEDE COPIA DELLA CARTELLA CLINICA di

_____ nato/a a _____ il _____

ricoverato/a presso questa casa di cura nel Reparto di _____ dal _____ al _____

deceduto/a il _____

Motivazione richiesta:

- a) soggetto avente un interesse proprio
- b) che agisce a tutela dell'interessato deceduto in qualità di suo mandatario
- c) per ragioni familiari meritevoli di protezione

Data _____

Firma del richiedente

ALLEGA

Certificato di morte del paziente - Copia del documento di riconoscimento del richiedente - Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

MODALITÀ 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: _____

Dichiaro di aver ritirato la copia della cartella clinica in data _____

Firma