

Mod. 09.82 Richiesta copia cartella clinica

Rev. 04 del 01.10.13

Intestatario della cartella clinica (da compilare in stampatello)

Cognome _____ Nome _____
Nato/a _____ Prov.(____) il _____
Indirizzo _____ n° _____ Cap. _____
Città _____ Prov.(____) Telefono _____
C.F. _____

Richiedente (da compilare in stampatello solo se persona diversa dall'Intestatario)

Cognome _____ Nome _____
Nato/a _____ Prov.(____) il _____
Indirizzo _____ n° _____ Cap. _____
Città _____ Prov.(____) Telefono _____

Consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA DI ESSERE

- Genitore esercente la patria potestà
 Tutore o Amministratore di sostegno (allegare provvedimento di nomina da parte del Giudice tutelare del Tribunale)
 Altro _____

RICHIEDE

Copia conforme della cartella clinica relativa all'intervento di _____ eseguito in data _____.

La cartella clinica sarà disponibile dopo 15 gg. dalla data richiesta.

Qualora la cartella in oggetto fosse ritirata da terzi, si prega di munire la persona incaricata di delega accompagnata dalla fotocopia del documento dell'Intestatario.

Data, _____

Firma dell'Intestatario o Richiedente

NOTE: la tariffa per il rilascio di ogni copia della cartella è di 30,00 euro.