

RICHIESTA DI COPIA CONFORME DI DOCUMENTAZIONE CLINICA

Alla cortese attenzione del Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero di _____

Il sottoscritto Sig./Sig.ra _____ in qualità di: _____

Documento di identità n. _____ tel: _____

Paziente Medico curante (nel caso di specialista ospedaliero specificare il reparto _____)

Erede Legittimo (*) Altro(*) _____

(*) i richiedenti dovranno comprovare con apposita documentazione il diritto a ricevere copia della documentazione sanitaria

Richiede: copia cartella clinica

copia di esami radiografici

altra documentazione clinica _____

Del Sig. _____ nato il ___/___/___ a _____

Ricoveri/Accessi DEA-Ambulatorio dal _____ al _____ Reparto _____ N. c. clinica _____

dal _____ al _____ Reparto _____ N. c. clinica _____

dal _____ al _____ Reparto _____ N. c. clinica _____

Data ___/___/___ Firma del richiedente _____

Firma per autorizzazione del Direttore Sanitario _____

Modalità di ritiro

<input type="checkbox"/> personalmente allo sportello	<p>RIVOLI: sportello ufficio cartelle cliniche (Tel. 011/9551361) dal lunedì al giovedì dalle 09.00 alle 12.00</p> <p>PINEROLO: sportello ufficio accettazione ricoveri (Tel. 0121/233337) dal lunedì al venerdì dalle 09.00 alle 12.00</p>
--	---

Spedizione all'indirizzo (con spese di spedizione a carico del destinatario)

Il sottoscritto ai sensi del D. Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Data _____ Firma _____

Persona delegata

Io sottoscritto _____ delego al ritiro della documentazione sanitaria richiesta

Il Sig./Sig.ra _____ nato a _____ il ___/___/___

Documento di identità n. _____ tel: _____

(al momento del ritiro dovrà essere allegata alla richiesta copia del documento di identità del delegato e del richiedente)

Data _____ Firma del delegante _____


Firma del richiedente _____ La documentazione sarà disponibile dal giorno ___/___/___

Firma dell'interessato all'atto del ritiro _____

Si ricorda che la documentazione sanitaria potrà essere ritirata solo previa presentazione dell'attestato di pagamento del costo di riproduzione, pagamento che potrà essere effettuato tramite:

Sede di Pinerolo: Pagamento presso Punto Rosso

Sede di Rivoli: Pagamento presso Punto Rosso

	M ASL 081 RICHIESTA DI COPIA CONFORME DI DOCUMENTAZIONE CLINICA	Data di emissione: 23/01/2018 rev. 0 Approvato ed emesso in originale
---	---	---

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETÀ (ARTT. 46 – 47 dpr 445/00)

Il sottoscritto Sig./Sig.ra _____

Nato a _____ il ____ / ____ / ____

Residente a _____

Documento di identità n. _____ tel: _____

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA ai sensi art. 46 DPR 445/	<input type="checkbox"/> di essere genitore esercente la patria potestà sul minore _____ Nato/a a _____ il _____ Residente in _____ <input type="checkbox"/> di essere tutore/curatore del minore/interdetto/inabilitato/incapace di sottoscrivere _____ Nato/a a _____ il _____ Residente in _____ Di essere in possesso di provvedimento di nomina a _____ Prov. N. _____ del _____ che si impegna ad esibire all'atto del ritiro della documentazione o a richiesta dell'Amministrazione
DICHIARA ai sensi art. 47 DPR 445/	<input type="checkbox"/> che il/la sig./ra _____ Nato/a a _____ il _____ Residente in _____ è deceduto/a a _____ il _____ <input type="checkbox"/> di essere legittimato ai sensi dell'art. 536 del Codice Civile in quanto: <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Altro ascendente _____ (specificare) <input type="checkbox"/> Altro discendente _____ (specificare) <input type="checkbox"/> Di essere l'erede istituito per testamento non impugnato <input type="checkbox"/> Di essere l'erede legittimo ai sensi dell'art. 572 del C.C. e che non esistono né eredi legittimari né eredi testamentari (specificare il grado di parentela) _____ Che gli altri eredi sono (indicare cognome, nome, data di nascita e grado di parentela con il de cuius) 1 _____ 2 _____ 3 _____

Data e Luogo _____

Firma _____

Allegare documento di identità per le dichiarazioni ai sensi dell'art. 47 DPR 445/00)

Ai sensi dell'art. 13 del D .Lgs 196/03 si precisa che i dati personali di cui sopra saranno trattati in modo lecito e corretto per la sola finalità del rilascio della copia della cartella clinica.