



MODULO DI RICHIESTA DI COPIA DI CARTELLA CLINICA
E /O ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____ tel. _____

In qualità di:

diretto/a interessato/a

legittimo/a erede di ⁽¹⁾:

esercitante la rappresentanza legale nei confronti di ⁽¹⁾: _____

esercitante la patria potestà nei confronti del minore ⁽¹⁾: _____

Sig./Sig.ra/minore _____ nato/a a _____ il _____

deceduto/a In data _____

CHIEDO IL RILASCIO

per gli usi consentiti dalla legge della copia della seguente documentazione:

Ricoveri:

- Periodo _____ reparto _____ cartella clinica radiografie
 periodo _____ reparto _____ cartella clinica radiografie

Accesso in Pronto Soccorso del _____ verbale radiografie

Altra documentazione sanitaria _____

⁽¹⁾ Il/la sottoscritto/a DICHIARA di avere l'assenso degli altri eventuali aventi diritto a richiedere e ritirare il documento di cui alla presente istanza (altro genitore, altri eredi, ecc..) assumendosene tutte le eventuali responsabilità. Il/la sottoscritto/a DICHIARA inoltre, sotto la propria responsabilità, di essere a conoscenza di quanto previsto dagli art. 71, 75 e 76 del DPR n° 445/2000 in merito alla responsabilità penale prevista per chi rende false dichiarazioni, di avere preso atto dell'informativa sul trattamento dei dati personali e di acconsentirne il trattamento ai sensi degli art. 13 e 23 del D.Lgs. 196/2003.

Data _____

firma _____

Delego al ritiro il/la Sig./Sig.ra _____

Spedire al seguente indirizzo: _____