

RICHIESTA DELLA CARTELLA CLINICA O DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Con questo modulo puoi chiedere una copia della cartella clinica o della documentazione sanitaria, ad esempio: referti degli esami o delle visite.

Il /la sottoscritto / a Nato/a a..... il .../.../.....
Residente a Telefono.....
Tipo di documento di identità: n°..... scadenza:

In qualità di:

- Paziente (titolare della documentazione)
- Persona delegata
- Esercente patria potestà, tutela legale per minori, inabilitati o interdetti
- Amministratore di sostegno
- Erede ¹

di nato a il .../.../.....
se deceduto il .../.../.....

chiede :

- Copia della **cartella clinica**:
reparto ricovero dal .../.../..... al .../.../.....
- Copia della seguente **documentazione sanitaria**:

MODALITÀ DI RITIRO E CONSEGNA:

- Personalmente, presso l'Ufficio Copia Cartelle del CRO
- Via posta al seguente indirizzo²:
Via Città CAP Provincia
- Con delega al Sig. nato il Tipo di Documento
d'identità n° Scadenza

SI ALLEGA:

- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente
- Fotocopia del documento di riconoscimento del delegato
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

Aviano, il .../.../.....

Firma

Da compilarsi a cura dell'ufficio copia cartelle cliniche al momento della consegna:

L'impiegato addetto fogli n° tot. Euro

Data .../.../..... Firma per ricevuta

¹ L'erede deve allegare alla richiesta la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

² Le spese di spedizione sono a carico del destinatario