

**RICHIESTA PER IL RITIRO DI COPIA DI CARTELLA CLINICA**

Il/La sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali che la legge prevede in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 del D.P.R. n.445/2000,

**DICHIARA**

di essere legittimato a richiedere e ritirare la cartella clinica/documentazione sanitaria di:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

in qualità di:	<input type="checkbox"/>	Titolare della documentazione (se maggiorenne)
	<input type="checkbox"/>	Genitore esercente la responsabilità genitoriale ovvero genitore affidatario del minore suindicato
	<input type="checkbox"/>	Tutore / Curatore del soggetto suindicato. In tali casi, specificare: ATTO _____ del _____ rilasciato da _____ di _____
	<input type="checkbox"/>	Erede legittimo o testamentario
	<input type="checkbox"/>	Altro (specificare _____)

**RELATIVA ALLA DEGENZA PRESSO**

Ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_ 

ord	dh	albi
-----	----	------

Ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_ 

ord	dh	albi
-----	----	------

Ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_ 

ord	dh	albi
-----	----	------

**Allega alla suddetta richiesta, copia di un valido documento di identità**

*Il richiedente prende atto che trascorsi 6 mesi dalla di produzione delle copie documentali, in caso di mancato ritiro delle stesse, l'Amministrazione procederà alla distruzione delle stesse, nel rispetto della normativa in tema di tutela dei dati sensibili. L'accesso alla documentazione, dopo la distruzione delle copie, sarà possibile previa produzione di nuova richiesta e nuovo pagamento dei relativi costi di riproduzione.*

Catania, li \_\_\_\_\_

Firma del richiedente