

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