

## 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
- Genitore
- Tutore legale
- Amministratore di sostegno
- Curatore
- Erede <sup>1</sup>

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 indirizzo<sup>2</sup>:  
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 .....

---

<sup>1</sup> L'erede deve allegare alla richiesta la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

<sup>2</sup> Le spese di spedizione sono a carico del destinatario