

## RICHIESTA DELLA CARTELLA CLINICA O DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Con questo modulo puoi chiedere una copia della cartella clinica o della documentazione sanitaria (es. 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 a ..... il ...../...../.....

se deceduto/a il ...../...../.....

chiede :

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

### MODALITÀ DI RITIRO E CONSEGNA:

- ☐ Personalmente, presso l'Ufficio Cassa al piano terra, eliminacode lettera A
- ☐ Via posta al seguente indirizzo<sup>2</sup>:  
Via ..... Città ..... CAP ..... Provincia .....
- ☐ Con delega al/alla Sig./ra ..... nato/a il ...../...../.....  
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:

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.