

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il ___/___/___ residente a _____
via _____ n. _____ tel. _____

IN QUALITA' DI

- a) diretto interessato (titolare della cartella clinica)
 b) esercente la patria potestà genitoriale nei confronti del minore _____
 c) legale rappresentante, tutore, curatore, amministratore di sostegno di _____
 d) legittimo erede di _____
 e) delegato di _____

(N.B. allegare modulo debitamente compilato di dichiarazione sostitutiva di certificazione (caso b); caso c) oltre a copia provvedimento o atto di notorietà (caso d))

CHIEDE COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

del/la Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ il ___/___/___
inerente il ricovero avvenuto presso

- OSPEDALE DI VAIO** **OSPEDALE DI BORGO VAL DI TARO** **CURE INTERMEDIE SAN SECONDO**

dal ___/___/___ al ___/___/___ - Unità Operativa _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ - Unità Operativa _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ - Unità Operativa _____

Motivazione della richiesta: _____

(Personale/ Medico Legale/ Pensionistico/ Invalidità/ Assicurativo/ Medico/ INPS /INAIL/ Legge 104)

- CHIEDE l'invio della cartella clinica con spese a proprio carico**

al/la Sig./Sig.ra _____ presso il seguente indirizzo:

via _____ n. _____

località _____ (prov. _____) CAP _____

- DELEGA** il/la Sig./Sig.ra _____ nato a _____

il ___/___/___ al ritiro della cartella clinica

- PROVVEDERA' PERSONALMENTE AL RITIRO**

Il sottoscritto è **consapevole** che ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci accertate dall'Amministrazione procedente, verranno applicate le **sanzioni penali** previste e la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera. (art. 71 e 72 D.P.R. 445/2000)

Dichiara di essere a conoscenza che il **trattamento dei dati personali** è disciplinato dal **Regolamento UE n. 679/2016** e dal **D.Lgs. n° 196 del 30/06/2003**

Data di presentazione della richiesta

Firma leggibile dell'interessato/delegante

ALLA RICHIESTA VA ALLEGATA SEMPRE COPIA IN CORSO DI VALIDITA' DEL/DEI DOCUMENTI

Ospedale di Vaio

Ospedale di Borgo Val di Taro

Cure Intermedie San Secondo

cartelleclinichefidenza@ausl.pr.it

cartelleclinichebt@ausl.pr.it

cartelleclinichesansecondo@ausl.pr.it