



Presidio Ospedaliero Aziendale

RICHIESTA DI COPIA DI 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 FIDENZA

OSPEDALE DI BORGHO VAL DI TARO

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

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

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

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 precedente, 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)
- Dichiaro di essere a conoscenza che il **trattamento dei dati personali** è disciplinato 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

FAX FIDENZA: 0524 515.296 – 0524 515.510

FAX BORGOTARO: 0525 970.265

email Fidenza: cartelleclinichefidenza@ausl.pr.it

email Borgotaro: cartelleclinichebt@ausl.pr.it