

MODULO RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

Il/la sottoscritto/a [cognome-nome] _____
 nato/a [luogo di nascita] _____, prov. ____, il __/__/____
 C.F. _____ residente [luogo] _____, prov. ____
 via/piazza _____ n. ____, telefono/cellulare _____

CHIEDE RILASCIO COPIA CARTELLA CLINICA, in qualità di:

☐ Titolare ☐ Altro avente diritto*: _____

**(specificare: tutore, curatore, amministratore di sostegno, erede che agisce in nome e per conto degli altri coeredi, erede che agisce per proprio conto non esistendo motivi ostativi da parte degli altri coeredi)*

DATI CARTELLA CLINICA

-- Inserire i dati anagrafici del paziente solo se diverso dal richiedente --

Sig./ra [cognome-nome] _____
 nato/a [luogo di nascita] _____, prov. ____, il __/__/____
 C.F. _____ Residente [luogo] _____, prov. ____
 Via/piazza _____ n. ____, telefono/cellulare _____

Reparto di dimissione	Data ricovero	Data dimissione

Il sottoscritto, relativamente alla presente istanza:

- **DICHIARA**, consapevole delle sanzioni penali per le ipotesi di dichiarazioni mendaci, ai sensi degli artt. 46 e 47, DPR 445/2000, che le informazioni fornite sono veritiere;
- ☐ **ACCONSENTE** / ☐ **NON ACCONSENTE** che i dati di contatto vengano utilizzati per le comunicazioni riguardanti la procedura di rilascio;
- **CHIEDE che la consegna venga effettuata secondo la seguente modalità (selezionare l'opzione scelta):**
- ☐ Sportello Cartelle Cliniche del P.O. di competenza ⁽¹⁾ ☐ Servizio postale all'indirizzo (specificare solo se differente dalla Residenza): _____

DELEGA AL RITIRO

-- Inserire i dati anagrafici di eventuale soggetto delegato al ritiro --

Il/la sig./ra [cognome-nome] _____
 nato/a [luogo di nascita] _____, prov. ____, il __/__/____



Data e firma del delegato (da apporre al momento del ritiro) _____

ALLEGA:

- Copia di valido documento di identità del titolare e/o dell'avente diritto, fronte e retro;
- ☐ In caso di delega al ritiro, copia di valido documento di identità del delegato, fronte e retro.

Data __/__/____



Firma del richiedente _____

Rif. documento fotocopiato	N. fogli	Timbro e firma dell'operatore archivio

⁽¹⁾ **NOTA:** La documentazione sanitaria potrà essere ritirata solo previa presentazione dell'attestato di avvenuto pagamento dei costi di riproduzione e dei diritti di ricerca, nonché di quelli di istruttoria se previsti. In caso di mancato ritiro, l'ASP avvierà la procedura di recupero coattivo delle somme dovute.