

MODULO RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA MINORE

Genitore 1

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

Genitore 2^(*)

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

CHIEDONO RILASCIO COPIA CARTELLA CLINICA DEL PROPRIO FIGLIO DI SEGUITO GENERALIZZATO

-- Inserire i dati anagrafici del minore --

[cognome-nome] _____ nato/a il __/__/____,		
C.F. _____ [luogo di nascita] _____, prov. ____		
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) _____
--

ALLEGANO:

- Copia di valido documento di identità dei genitori e del minore, fronte e retro.
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione di responsabilità genitoriale compilata da ciascuno dei genitori in caso di affidamento condiviso.
- ☐ In caso di delega al ritiro, copia di valido documento di identità del delegato, fronte e retro.

Data __/__/____

 **Firma Genitore 1** _____

 **Firma Genitore 2^(*)** _____

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.

^(*) **Obbligatorio in caso di affidamento condiviso.**