

RICHIESTA COPIA

Verbale/Referto

CARTELLA CLINICA

PRONTO SOCCORSO

ESAMI RADIOLOGICI

GENERALITÀ DELL'INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

COGNOME E NOME _____ in vita SI NO

Nato/a a _____ il _____ tel. _____

Residente Via/P.zza _____ Città _____ Provincia _____

DATI RELATIVI AL RICOVERO

Ricovero dal _____ al _____ reparto _____

Ricovero dal _____ al _____ reparto _____

Ricovero dal _____ al _____ reparto _____

GENERALITÀ DEL RICHIEDENTE

DIRETTO INTERESSATO

ALTRO SOGGETTO AVENTE DIRITTO

Cognome e Nome _____ Nato/a a _____ il _____

Residente in Via/P.zza _____ Città _____

Tel./Cell. _____

Firma del Richiedente _____

Avvalendomi delle disposizioni di cui all'art. 46 del DPR 28.12.2000 n. 445, consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni previste dal CPP e dalle Leggi speciali in materia, sotto la mia responsabilità

DICHIARO di essere:

GENITORE (esercente la patria potestà)

TUTORE (previa esibizione di idonea certificazione)

MINORE EMANCIPATO (previa esibizione di idonea certificazione)

CURATORE, AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO, AUTORITÀ GIUDIZIARIA (previa esibizione di idonea certificazione)

EREDE dell'intestatario deceduto il _____

ALTRO _____

Accertamento identità del richiedente (a cura dell'operatore addetto):

Carta Identità Patente Guida Altro _____ NUMERO _____

Rilasciato da _____ scad. _____

firma/sigla operatore _____

La richiesta può essere inoltrata anche via e-mail all'indirizzo cupsegreteria@aslnuoro.it allegando:

- copia del documento di riconoscimento del richiedente,
- ricevuta di pagamento (anche tramite CCP. n. 58813732 o IBAN IT60G0760117300001058813732 intestato ad ASL n. 3 Nuoro con causale: "rilascio copia cartella clinica" – PO San Francesco o C. Zonchello)
- eventuale copia del documento di riconoscimento del delegato

MODALITÀ DI RITIRO E CONSEGNA

PROVVEDERÀ AL RITIRO PERSONALMENTE

DELEGA Il /la Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____ a _____

al ritiro della/e cartella/e richieste (**allegare fotocopia di un documento d'identità valido dell'interessato/delegante**)

CHIEDE l'invio della cartella clinica al seguente indirizzo **PEC** _____

CHIEDE l'invio della cartella clinica **con spese a proprio carico (pagamento tramite contrassegno)**

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

Via/P.zza _____ n. _____

Città _____ (prov. _____) cap _____

In data ___ / ___ / _____ ho provveduto a consegnare nelle mani del/la Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il ___ / ___ / _____

identificato mediante _____ n. _____

la seguente documentazione in copia autentica all'originale, composta da n. _____ fogli vidimati e timbrati, previo

pagamento di € _____ per costi diritto d'accesso, Ricevuta n. _____

Firma per ricevuta

L'Addetto all'Archivio