

**Al Direttore del P.O. S. Francesco**

OGGETTO: Istanza per il rilascio di copia autentica all'originale della cartella clinica.

Il/la sottoscritt ..... nato a ..... il ..... / ..... / ..... ,  
residente in ..... CAP ..... prov. ( ..... )  
Via ..... nc ..... , recapito telefonico: .....

paziente-degente maggiorenne non interdetto;  
 genitore del minore ..... nato a ..... il ..... ;  
 tutore del paziente maggiorenne interdetto ..... nato a .....  
Il ..... , residente in ..... , come da  
provvedimento giudiziale n. .... del ..... ;  
 altro ( \* ) ..... del paziente-degente .....  
nato a ..... il ..... / ..... / ..... ricoverato presso codesto P.O.:  
reparto di ..... dal ..... / ..... / ..... al ..... / ..... / .....  
reparto di ..... dal ..... / ..... / ..... al ..... / ..... / .....  
reparto di ..... dal ..... / ..... / ..... al ..... / ..... / .....

### CHIEDE

Il rilascio di copia autentica all'originale della seguente documentazione sanitaria:

Copia cartella clinica per singolo ricovero..... € 10,10 (Dieci / 10)

del:  sottoscritto  del paziente sopra specificato,

per i seguenti motivi: .....

### DELEGA

Al ritiro il Sig. .... nato a ..... Il ..... / ..... / .....

residente in ..... prov. ( ..... ) via ..... , nc.....

**ALLEGA:** Ricevuta di pagamento costi di fotocopie n, ..... € .....

La informiamo che i dati raccolti verranno trattati in conformità dell'art.13 del D. Lgs n. 196/03 e il trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei suoi Diritti.

Nuoro, li ..... / ..... / .....

**Firma del richiedente\*\***

\* congiunti di paziente infermo, INAIL.

\*\* autenticata o fotocopia del documento di identità in caso di delega al ritiro.

**LA RICHIESTA PUO' ESSERE INOLTATA ANCHE VIA FAX AL N. 0784/240992 ALLEGANDO :**

- COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL RICHIEDENTE
- RICEVUTA DI PAGAMENTO (anche tramite CCP. n. 13049085 intestato ad ASL n. 3 Nuoro causale: "Rilascio copia cartella clinica" – P.O. San Francesco)
- EVENTUALE COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL DELEGATO

Vista l'istanza e la documentazione in atti

**autorizza** il rilascio di copia autentica all'originale di tutta la documentazione sanitaria contenuta nella cartella clinica del Sig. ....;

**rigetta** l'istanza per i seguenti

Motiv: .....  
.....  
.....  
.....

**Nuoro, li** .....

**Il Direttore Sanitario**

.....

In data ...../...../..... ho provveduto a consegnare nelle mani del  
Signore ..... nato a .....  
il ...../...../..... identificato mediante .....  
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**

.....

.....