

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

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

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

**avvalendosi della facoltà stabilita dall'art. 46 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità dichiara di essere EREDE legittimo di** ..... , nato a ..... il ...../...../..... ,  
deceduto a ..... Il ...../...../.....  
paziente-degente ricoverato presso codesto P.O.:

reparto ..... dal ..... al .....  
reparto ..... dal ..... al .....  
reparto ..... 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 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, ..... Euro .....

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**

.....

.....