



**RICHIESTA DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA DA PARTE DI  
CONIUGE/ASCENDENTE/DISCENDENTE EREDE DI PAZIENTE DEFUNTO**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
consapevole delle conseguenze penali in caso di falsa dichiarazione (art. 76 D.P.R. 445/2000),

**DICHIARO**

di essere coniuge/ascendente/discendente (specificare) \_\_\_\_\_ ed erede legittimo

del Sig. / della Sig.a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e che lo stesso / la stessa è deceduto / a il \_\_\_\_\_

e di essere pertanto autorizzato, quale erede legittimo, a richiedere la copia della cartella clinica relativa al ricovero del  
defunto / della defunta dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso il Reparto \_\_\_\_\_  
Equipe Medica \_\_\_\_\_

In formato cartaceo autenticato

**su supporto Informatico (CD) NON autenticato,**  
non utilizzabile per fini medico legali.

Il sottoscritto richiedente dichiara di essere consapevole che la copia di  
cartella clinica acquisita su supporto Informatico (CD) non autenticato  
non potrà essere utilizzata a fini medico-legali.

DATA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

ritirerò la documentazione di persona (o a mezzo delegato) c/o l'Ufficio Accettazione Ricoveri

Tel \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Indirizzo E-mail \_\_\_\_\_

CHIEDO che la documentazione da me richiesta, venga spedita a mie spese, senza che ciò comporti alcuna  
responsabilità dell'Istituto in caso di smarrimento, al seguente indirizzo:

Destinatario \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Indirizzo E-mail \_\_\_\_\_

**TARIFFE in vigore :**

Fotocopia Cartella Clinica	€ 25,00 (+Iva)
Spedizione Cartella Clinica	€ 29.17 (+Iva)
Copia Cartella Clinica su Supporto Informatico (CD)	€ 15.00 (+Iva)

L'Ufficio Accettazione Ricoveri comunicherà, telefonicamente o tramite e-mail ai recapiti indicati, quando la copia della  
cartella sarà pronta per il ritiro.

I dati personali del richiedente verranno trattati dall'Istituto in accordo col EX ART. 13 DEL REGOLAMENTO (UE)  
2016/679 (GDPR)– e solo allo scopo di gestire la presente richiesta.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Riservato all'Ufficio Accettazione Ricoveri:**

Richiesta cartella registrata a sistema:  SÌ  NO

Pagamento effettuato:  SÌ  NO

Numero Cartella Clinica \_\_\_\_\_