



**RICHIESTA DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA DA PARTE DEL
GENITORE / TUTORE / CURATORE**

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

DICHIARO

di esercitare legalmente la potestà di **(barrare la voce che interessa)**

GENITORE/I

TUTORE

CURATORE

Dell'interessato (Nome Cognome del minore o della persona affidata): _____

del Sig. / della Sig.a nato a _____ il _____

e di essere pertanto legittimato a richiedere la copia della cartella clinica relativa al ricovero dell'interessato

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

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 _____

Firma _____

(in caso di minori di età è necessaria la firma di entrambi i genitori tranne nei casi in cui la patria potestà è
esercitata legalmente da un solo genitore)

Riservato all'Ufficio Accettazione Ricoveri:

Richiesta cartella registrata a sistema: SÌ NO

Pagamento effettuato: SÌ NO

Numero Cartella Clinica _____