



RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

La richiesta deve essere corredata da copia di un documento d'identità dell'avente diritto e va consegnata allo sportello Accettazione Ricoveri. Può essere anche inviata via fax, al numero 030.6859455, o posta elettronica all'indirizzo cartellecliniche.icsr@grupposandonato.it

Io Sottoscritto/a

Nato/a il _ a

Residente a

Numero di telefono (per comunicazioni)

Indirizzo e-mail

Documento di identità (da allegare alla richiesta)

consapevole del fatto che chi sottoscrive dichiarazioni mendaci o false o dati non più rispondenti al vero soggiace a sanzione penale (art. 76 DPR 445/2000) _ [dichiarazione sostitutiva ex art. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000]

IN QUALITÀ DI **INTESTATARIO**

OPPURE IN QUALITÀ DI

- GENITORE** **TUTORE** **CURATORE** **AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**
(allegare documento attestante i poteri attribuiti all'amministratore sulla salute e cura del paziente)
- EREDE LEGITTIMO** (allegare dichiarazione sostitutiva atto notorio)
- EREDE TESTAMENTARIO** (allegare dichiarazione sostitutiva atto notorio)
- PERSONA AVENTE INTERESSE PROPRIO** ai sensi del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196, art. 92 comma 2 (allegare motivazione documentata)
- DELEGATO** (allegare delega)

DI

(cognome e nome dell'intestatario)

Nato/a il _ a

CHIEDO COPIA CONFORME DELLE SEGUENTI CARTELLE CLINICHE:

Ricovero dal al presso il reparto di

Ricovero dal al presso il reparto di

MOTIVO DELLA RICHIESTA:

- DA RITIRARE PRESSO LA STRUTTURA** (allegare eventuale delega per il ritiro)
- DA SPEDIRE AL SEGUENTE INDIRIZZO:**

DATA **FIRMA DEL RICHIEDENTE**