

All'Ufficio Cartelle Cliniche

SEDE

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____ e residente a _____

Via _____ n. _____ tel. _____

CHIEDE

Il rilascio di copia di cartelle clinica;

- Relativa alla propria degenza;
- Relativa alla degenza del minore o interdetto Sig. _____
- Relativa alla degenza del Sig. _____ di cui allega la delega;

Data di nascita del titolare della cartella clinica _____

	Reparto di degenza	dal	al	N. fogli
1				
2				
3				

A tal fine s'impegna a pagare il corrispettivo dovuto. E' a conoscenza che in caso di mancato pagamento dovrà provvedere al versamento dei diritti dovuti nei modi e termini di legge, anche qualora non provveda al ritiro degli atti. E' altresì consapevole che in caso di false dichiarazioni incorrerà nelle sanzioni penali previste dalla legge. Autorizza il trattamento dei dati personali e del titolare della cartella clinica delegante secondo quanto previsto dal D. Lgs. N. 196/2003.

Data _____

Firma per la richiesta

N.B. Allegare fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità

Il richiedente ha pagato i diritti dovuti di euro _____

Data _____

Firma per ricevuta

Firma dell'Operatore