

UFFICIO COPIA CARTELLE CLINICHE Tel. n. 0434 399604 – FAX n. 0434 523011

PEC: aas5.protgen@certsanita.fvg.it

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA/DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il sottoscritto/a _____ (cognome nome)

Nato/a a _____ il _____

Documento di identificazione: Tipo _____ N° _____ Scadenza _____

Emesso da _____ Telefono _____

DICHIARA DI ESSERE (barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste)

diretto interessato

il genitore (con la patria potestà)

Del/la minore _____ (cognome nome)

Nato/a a _____ il _____

il tutore

il curatore

l'amministratore di sostegno

Del/la sig./ra _____ (cognome nome)

Nato/a a _____ il _____

l'erede

Del/la sig./ra _____ (cognome nome)

Nato/a a _____ il _____ deceduto/a il _____

CHIEDE PER USO

Amministrativo Legale Sanitario Assicurativo Altro (specificare) _____

IL RILASCIO DI

Copia della/e cartella/e cliniche dei ricoveri sotto elencati

Reparto _____ dal _____ al _____

Reparto _____ dal _____ al _____

Reparto _____ dal _____ al _____

Reparto _____ dal _____ al _____

Reparto _____ dal _____ al _____

Copia della seguente documentazione sanitaria (es. Verbale di PS, referto visita specialistica, referto indagine diagnostica)

SCELGO DI (barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste)

ritirare la copia di persona

ricevere la copia per posta, con spese a mio carico, all'indirizzo

Via _____ n° civico _____ C.A.P. _____

Città _____ Prov. _____

delegare al ritiro della copia

Il/la sig./ra _____ (cognome e nome) nato/a il _____

Documento di identificazione: Tipo _____ N° _____ Scadenza _____

Emesso da _____

Data _____

Firma del richiedente

ALLEGRO

Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente

Fotocopia del documento di riconoscimento del/la delegato/a

Ritiro previsto il _____ (spazio riservato all'Azienda)

Data del ritiro _____ Firma _____

NB: in caso di richiesta urgente (ammessa solamente per motivi sanitari) contattare l'Ufficio al numero 0434 399604.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Art. 4 Legge n. 15/68 e successive modifiche ed integrazioni; Art. 2 D.P.R. n. 103/98; Art. 19 e 47 D.P.R. n. 445/00

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara
di essere nato/a a _____ il _____

di essere residente a _____

In via _____ n. civico _____

Di essere legittimo erede in qualità di _____

Del/della sig./sig.ra _____

Nato/a il _____ deceduto/a il _____

Dichiara di essere informato, secondo quanto previsto all'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003 n.196 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(luogo e data)

(il dichiarante)

Secondo quanto previsto dall'art. 38 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente, via fax, tramite un incaricato oppure a mezzo posta.