

Spett.le
Ospedale Privato Accreditato
Casa di Cura Prof. Fogliani
 Serv. Accettazione Richieste Cartelle Cliniche e Ambulatoriali
 Tel. 059.247411- 059.247470 Fax.059.224072

Io sottoscritto nato a il

consapevole che in caso di dichiarazione mendace o, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, sarà punito ai sensi del codice penale come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità

dichiaro di essere

Diretto interessato (capace e maggiorenne, intestatario della cartella clinica)

Rappresentante dell'intestatario della cartella clinica nato il
in possesso di regolare delega firmata dall'intestatario

Parente (genitore - figlio - coniuge - fratello/sorella) munito di certificazione medica attestante l'impossibilità del ritiro della cartella clinica da parte del titolare

..... nato il

Genitore titolare della potestà sul minore

..... nato il

Tutore/curatore di nato il

Amministratore di sostegno di nato il

Erede legittimo/testamentario di nato il

Con la presente richiesta il richiedente autocertifica che trattandosi di documentazione sanitaria di persona deceduta, provvederà Egli stesso ad informare gli eventuali altri eredi dell'avvenuto ritiro da parte Sua della documentazione sanitaria.

richiedo copia della cartella clinica della persona sopraindicata

Data di ricovero Reparto in cui è intervenuto il ricovero

Il documento è necessario per uso

richiedo che il ritiro della cartella clinica avvenga con la seguente modalità:

PERSONALE con documento d'identità in corso di validità **CON DELEGA** **POSTALE**

Indirizzo per spedizione : Via n°civico

CAP Città Prov Stato N. tel.

Allego copia fronte/retro del documento di identità
 n° rilasciato da in data

Data **Firma leggibile del richiedente**

Informativa privacy. Io sottoscritto dichiaro di essere informato che i dati personali saranno trattati anche con mezzi informatici ai fini del presente procedimento e che il titolare è l'Ospedale Privato Accreditato Casa di Cura Prof. Fogliani e che ogni richiesta potrà essere rivolta al recapito in indirizzo.

Data **Firma leggibile del richiedente**