



RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

IL RICHIEDENTE

Cognome _____ Nome _____ nato/a il _____
a _____ Prov. _____ Stato di nascita _____
Residente a _____ prov. _____ Via _____ n. _____
Cap. _____ Tel. _____ Documento n. _____
Rilasciato da _____ in data _____

CHIEDE

IL RILASCIO DI COPIA CONFORME DELLA CARTELLA CLINICA

relativa al proprio ricovero

(a cura dell'Ufficio)

Cart. n. _____	dal _____	al _____	Struttura _____
Cart. n. _____	dal _____	al _____	Struttura _____
Cart.n. _____	dal _____	al _____	Struttura _____

relativa al ricovero del/la Sig./ra

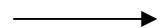
Cognome _____ Nome _____ nato/a il _____
a _____ Prov. _____ Stato di nascita _____
Residente a _____ prov. _____ Via _____ n. _____

(a cura dell'Ufficio)

Cart. n. _____	dal _____	al _____	Struttura _____
Cart. n. _____	dal _____	al _____	Struttura _____
Cart.n. _____	dal _____	al _____	Struttura _____

Totale cartelle richieste n. _____ al costo unitario di € 25,00 per un totale di € _____.

Si allega copia della ricevuta del pagamento per un importo pari a € _____.





**Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere,
DICHIARA, ai sensi degli artt. 46-47 DPR 445/00, DI ESSERE**

(da compilare solo se la cartella clinica si riferisce a persona diversa dl richiedente)

- Esercente la potestà genitoriale dell'intestatario della cartella clinica
- Tutore* del minore intestatario/a della cartella clinica
- Tutore*/Curatore* dell'interdetto/a inabilitato/a intestatario della cartella clinica
- Amministratore di sostegno* dell'intestatario della cartella clinica
- Erede* dell'intestatario/a della cartella clinica che agisce in nome e per conto degli altri coeredi
- Delegato dall'interessato (**In tal caso è necessario allegare fotocopia documento d'identità in corso di validità del richiedente e dell'intestatario della cartella clinica**).

**In questi casi è necessario produrre copia della documentazione che attesti lo stato.*

Ritirerà la documentazione richiesta:

- Il diretto interessato
- Il/la Sig./ra _____ delegato/a al ritiro il/la quale si presenterà all'Ufficio munito/a di delega e di documento di identità in corso di validità (anche in copia) del richiedente e dell'intestatario della cartella clinica, in assenza dei quali non si potrà procedere alla consegna della documentazione sanitaria.

Si chiede, esonerando l'AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano da eventuali responsabilità, di ricevere la copia per posta con spese a carico al seguente indirizzo: (specificare solo se diverso da quello già indicato): _____

Data richiesta _____ Firma _____

Data ritiro _____ Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. LGS. 196/2003 (PRIVACY) - Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato informato/a che i suoi dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.i. dall'AOU San Luigi Gonzaga esclusivamente ai fini del presente procedimento, in forma cartacea ed informatizzata in modo da assicurare la tutela e la riservatezza dei diritti del richiedente.