



MODULO DI DELEGA RICHIESTA/RILASCIO DI COPIA CARTELLA CLINICA

Io sottoscritto COGNOME _____ NOME _____
NATO A _____ IL _____
CODICE FISCALE _____
E-MAIL _____ N. CELL. _____

In qualità di:

- ☐ 1) Intestatario (Titolare della cartella clinica)
☐ 2) Erede legittimo dell'interessato (art. 536 c.c.)
☐ 3) Esercente la potestà genitoriale nei confronti dell'intestatario in qualità di madre
☐ 4) Esercente la potestà genitoriale nei confronti dell'intestatario in qualità di padre

DELEGO

COGNOME _____ NOME _____
NATO A _____ IL _____
CODICE FISCALE _____

- ☐ 5) A richiedere la cartella clinica formato cartaceo in copia conforme all'originale.
☐ 6) Al ritiro della cartella clinica formato cartaceo in copia conforme all'originale.

Dati dell'intestatario del ricovero:

COGNOME _____ NOME _____ NATO IL _____

Reparto	Data di ingresso	Data dimissioni	N° copie

MOTIVO DELLA RICHIESTA _____

- 7) Autorizzo l'invio di SMS per comunicazioni inerenti alla cartella clinica al cellulare indicato.
8) Autorizzo l'invio di E-MAIL per comunicazioni inerenti alla cartella clinica all'indirizzo indicato.
9) Dichiaro di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

ATTENZIONE: Si ricorda che il ritiro della documentazione sanitaria avverrà SOLO previa regolare richiesta effettuata precedentemente allo sportello. In sede di ritiro si raccomanda di portare con sé tutta la documentazione rilasciata al momento della richiesta.

- ☐ Dichiaro di aver letto, compreso ed accettato i Termini del servizio Richiesta e consegna cartella clinica e l'Informativa Privacy.

Data _____

Firma del richiedente (anche per attestazione dei punti da 1 a 9)