



**RICHIESTA DELLA CARTELLA CLINICA O DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Il /la sottoscritto / a \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_

il .../.../..... Residente a \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Tipo di documento di identità: \_\_\_\_\_ n scadenza: \_\_\_\_\_

In qualità di:  Paziente  Genitore  Tutore legale  Amministratore di sostegno  Curatore  Erede di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il .../.../..... se  
deceduto il .../.../..... chiede :

Copia della cartella clinica: ricovero del \_\_\_\_\_

Copia della seguente documentazione sanitaria \_\_\_\_\_

**MODALITÀ DI RITIRO E CONSEGNA:**

Personalmente, presso l'Ufficio Cassa al piano terra

Email al seguente indirizzo \_\_\_\_\_

Con delega al Sig/ra \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Tipo di Documento d'identità \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_

**SI ALLEGA:**

Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente  Fotocopia del documento di riconoscimento del delegato

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

Roma, il .../.../.....

Firma .....

**Da compilarsi a cura dell'ufficio copia cartelle cliniche al momento della consegna: L'impiegato addetto**

..... fogli n° ..... tot. €.....

Data .../.../.....

Firma per ricevuta .....

1 L'erede deve allegare alla richiesta la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà 2 Le spese di spedizione sono a carico del destinatario