



Data _____

MODULO RICHIESTA DOCUMENTAZIONE CLINICA

Il sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ e residente a

_____ in Via _____ n _____

Telefono/cellulare _____ mail _____

CHIEDE COPIA DI cartella clinica cartella clinica + DVD relativo cartella ambulatoriale verbale di Pronto Soccorso certificato di morte con diagnosi riscontro diagnostico/autopsia _____

del/della Sig/Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____ (deceduto il _____)

ricovero nel Reparto _____ data _____

ricovero nel Reparto _____ data _____

ricovero nel Reparto _____ data _____

 SPEDIZIONE (indicare indirizzo): _____

Io sottoscritto dichiaro consapevolmente di accettare che il recapito di suddetta documentazione sanitaria avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal codice postale, che prevede la consegna della posta anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile ecc)

 URGENTE (specificare motivazione): _____

E' consapevole, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000, che in caso di dichiarazioni mendaci accertate dall'Amministrazione procedente, verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera (artt. 71 e 72 D.P.R. 445/2000)

E' a conoscenza che il trattamento dei dati personali è disciplinato dal D. Lgs. N.196 del 30/06/2003

Il richiedente _____

Il richiedente è tenuto a versare anticipatamente, salvo conguaglio finale se dovuto, la somma di € 15,00 per richiesta di cartella clinica e di € 5,00 per dvd.

ACCONTO VERSATO _____

In caso di mancato ritiro la documentazione verrà inviata con spese a carico del destinatario presso il domicilio dello stesso**Allegare alla presente copia di documento identificativo in corso di validità del richiedente**Allegare inoltre: **A)** delega o **B)** dichiarazione sostitutiva di certificazione/atto di notorietà
se il richiedente non è intestatario della documentazione richiesta