

**Al Direttore del P.O.**

**RICHIESTA COPIA**

Verbale/Referto

**CARTELLA CLINICA**

**PRONTO SOCCORSO**

**ESAMI RADIOLOGICI**

**GENERALITÀ DELL'INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_ in vita  SI  NO

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Residente Via/P.zza \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

**DATI RELATIVI AL RICOVERO**

Ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ reparto \_\_\_\_\_

Ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ reparto \_\_\_\_\_

Ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ reparto \_\_\_\_\_

**GENERALITÀ DEL RICHIEDENTE**

**DIRETTO INTERESSATO**  **ALTRO SOGGETTO AVENTE DIRITTO**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in Via/P.zza \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Tel./Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente \_\_\_\_\_

Avvalendomi delle disposizioni di cui all'art. 46 del DPR 28.12.2000 n. 445, consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni previste dal CPP e dalle Leggi speciali in materia, sotto la mia responsabilità

DICHIARO di essere:

- GENITORE** (esercente la patria potestà)  
 **TUTORE** (previa esibizione di idonea certificazione)  
 **MINORE EMANCIPATO** (previa esibizione di idonea certificazione)  
 **CURATORE, AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO, AUTORITÀ GIUDIZIARIA** (previa esibizione di idonea certificazione)  
 **EREDE** dell'intestatario deceduto il \_\_\_\_\_  
 **ALTRO** \_\_\_\_\_

Accertamento identità del richiedente (a cura dell'operatore addetto):

Carta Identità  Patente Guida  Altro \_\_\_\_\_ NUMERO \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ scad. \_\_\_\_\_

firma/sigla operatore \_\_\_\_\_

La richiesta può essere inoltrata anche via e-mail all'indirizzo **cupsegreteria@aslnuoro.it** allegando:

- copia del documento di riconoscimento del richiedente,
- ricevuta di pagamento (anche tramite CCP. n. 58813732 o IBAN IT60G076011730001058813732 intestato ad ASL n. 3 Nuoro con causale: "rilascio copia cartella clinica" – PO San Francesco o C. Zonchello)
- eventuale copia del documento di riconoscimento del delegato

**MODALITÀ DI RITIRO E CONSEGNA**

PROVVEDERÀ AL RITIRO PERSONALMENTE

DELEGA IL /la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
al ritiro della/e cartella/e richieste (**allegare fotocopia di un documento d'identità valido dell'interessato/delegante**)

CHIEDE l'invio della cartella clinica al seguente indirizzo **PEC** \_\_\_\_\_

CHIEDE l'invio della cartella clinica **con spese a proprio carico (pagamento tramite contrassegno)**

al/alla Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ presso il seguente indirizzo:

Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) cap \_\_\_\_\_

In data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ho provveduto a consegnare nelle mani del/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/  
identificato mediante \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

la seguente documentazione in copia autentica all'originale, composta da n. \_\_\_\_\_ fogli vidimati e timbrati, previo  
pagamento di € \_\_\_\_\_ per costi diritto d'accesso, Ricevuta n. \_\_\_\_\_

**Firma per ricevuta**

**L'Addetto all'Archivio**