

**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](mailto:cupsegreteria@aslnuoro.it) allegando:

- copia del documento di riconoscimento del richiedente,
- ricevuta di pagamento (anche tramite CCP. n. 58813732 o IBAN IT60G0760117300001058813732 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**