ASLLanusei

Presidio Ospedaliero
Nostra Signora della Mercede

Ufficio Cartelle Cliniche

RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE CLINICA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A, COGNOME .....

NOME .....NATO/ A IL.....

NEL COMUNE DI .....(PROV.....) RESIDENTE IN .....

(PROV.....) VIA .....N°..... C.A.P. .....

DOC. DI RICONOSCIMENTO [ ]

N° FATTURA TICKET: [ ] EURO € : [ ]

In qualità di:

☐ INTESTATARIO ☐ DELEGATO DELL'AVENTE DIRITTO ☐ GENITORE ESERCENTE LA PATRIA POTESTA' ☐ TUTORE

☐ CURATORE ☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

CHIEDE

COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE CLINICA :

☐ CARTELLA CLINICA ☐ ALTRO (referti, verb di pronto soccorso etc.).....

REPARTO/SERVIZIO [ ] PERIODO DI RICOVERO [ ] NUMERO COPIE [ ]

NOME .....NATO/ A IL.....

NEL COMUNE DI .....(PROV.....) RESIDENTE IN .....

(PROV.....) VIA .....N°..... C.A.P. .....

E CHE LA PREDETTA DOCUMENTAZIONE MI VENGA RILASCIATA CON :

☐ PROCEDURA ORDINARIA (30 GIORNI DALLA RICHIESTA)
☐ URGENZA (7 GIORNI LAVORATIVI DALLA RICHIESTA)
☐ SPEDITA A MEZZO RACCOMANDATA A.R

Il sottoscritto ai sensi del d. lgs 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

LI..... IL DICHIARANTE .....

✂ .....

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO **RICEVUTA** RIF. RICHIESTA N°

IN DATA ODIERNA E' STATA PRESENTATA ALL'AZIENDA RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE CLINICA

DI ..... IMPORTO € .....

DATA ..... L'INCARICATO.....

Per qualsiasi informazione contattare il ☎ **0782/490304** dalle ore **10.30** alle **12.30**,
tutti i giorni, sabato e festivi **esclusi**

ASLLanusei

Presidio Ospedaliero
Nostra Signora della Mercede

Ufficio Cartelle Cliniche

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n° 445)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A, COGNOME ……

NOME ……NATO/ A IL……

NEL COMUNE DI ……(PROV……) RESIDENTE IN ……

(PROV……) VIA …… ……N° …… C.A.P. ……

DICHIARA DI ESSERE

☐ **GENITORE ESERCENTE LA PATRIA POTESTA'** sul minore:

COGNOME ……NOME ……

NATO/ A IL…… NEL COMUNE DI……(PROV……)

☐ **TUTORE** di:

COGNOME ……NOME ……

NATO/ A IL…… NEL COMUNE DI…… ……(PROV……)

NOMINATO CON PROVVEDIMENTO DEL TRIBUNALE DI ……

DEL……

☐ **CURATORE** di:

COGNOME ……NOME ……

NATO/ A IL…… NEL COMUNE DI…… ……(PROV……)

NOMINATO CON PROVVEDIMENTO DEL GIUDICE TUTELARE DEL TRIBUNALE DI……

DEL……

☐ **AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO** di:

COGNOME ……NOME ……

NATO/ A IL…… NEL COMUNE DI…… ……(PROV… ……)

NOMINATO CON PROVVEDIMENTO DEL GIUDICE TUTELARE DEL TRIBUNALE DI…… ……

DEL……

Dichiara, altresì, di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di formazione e/o uso di atti falsi, di dichiarazioni mendaci o contenente dati non rispondenti a verità, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/ 2000.

IL DICHIARANTE ……

Il sottoscritto ai sensi del d. lgs 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge

Lì……

IL DICHIARANTE ……