

Richiesta cartella clinica da parte di terzi

Allegato A-1

Al Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero

RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a ⁽³⁾ _____
Cognome Nome

Nato/a _____ il _____
(Luogo, Prov) (Data)

Residente a _____
(Luogo, Prov. Indirizzo)

Doc. di identificazione _____

CHIEDE

Il rilascio di copia conforme della cartella clinica di _____

relativa al ricovero c/o
Servizio/Struttura: _____

Periodo: _____

per i seguenti motivi

Si impegna al pagamento del costo di riproduzione della cartella clinica
Dichiara, inoltre, di essere informato che i suoi dati personali saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

ALLEGA alla presente la seguente documentazione atta a comprovare il proprio interesse ad ottenere copia della cartella clinica:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

Luogo e data

Firma del richiedente

Per l'ufficio

o La presente istanza è stata presentata dal sig. _____ in data _____;

⁽³⁾ allegare fotocopia documento d'identità se inviata a mezzo posta o recapitata da soggetto diverso dal richiedente