

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

Del/la Sig./ra _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ Via _____
n° _____ C.A.P. _____ Prov _____ Tel _____ C.F. _____

RICOVERATO/A nel Reparto / Unità Operativa	DAL	AL

DELEGA AL RITIRO DEL DOCUMENTO

Il/La Sig./ra _____ Nato/a _____ il _____

N.B. la persona delegata deve presentarsi con un documento di riconoscimento valido e la fotocopia di un documento di riconoscimento valido della persona che fa la delega

SPEDIZIONE AL SEGUENTE INDIRIZZO: Sig./ra _____

Via _____ n° _____ C.A.P. _____ Comune _____ Prov _____

N.B. per la spedizione a domicilio è indispensabile presentare un documento valido del titolare (anche in fotocopia)
L'Azienda Ulss 4 non si assume responsabilità collegate ad eventuali disservizi postali nelle consegna del documento.

SE MINORE	Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ residente in via _____ n° _____ C.A.P. _____ Comune _____ Prov _____ <input type="checkbox"/> GENITORE <input type="checkbox"/> TUTORE DEL MINORE DICHIARA di avere la potestà genitoriale di cui al 3° comma dell'art. 155 C.C. e di avere l'assenso di altri aventi diritto a richiedere e ritirare il documento clinico di che trattasi, assumendone tutte le eventuali responsabilità.
	Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ residente in via _____ n° _____ C.A.P. _____ Comune _____ Prov _____ DICHIARA ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n° 445, consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti o dichiarazioni mendaci di essere EREDE LEGITTIMO/A del/la Sig./ra _____ deceduto/a in data _____ e, in quanto tale, di aver diritto a richiedere e ritirare il documento clinico di cui trattasi.

N.B. I dati saranno trattati esclusivamente ai fini del presente modulo e nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs. 96/2003 e successive modificazioni ed integrazioni.

Il/La richiedente si impegna a provvedere al pagamento della documentazione sanitaria ed eventuali spese postali. In caso di mancato ritiro, l'interessato sarà comunque tenuto al pagamento del costo della documentazione.

Data _____ Firma del richiedente _____

Modulo da inviare via FAX o POSTA a:

Direzione Medica Ospedale Ulss 4 - Via Garziera, 42 36014 Santorso (VI) fax 0445 572020

**La documentazione verrà consegnata esclusivamente presso il CUP dell'Ospedale
Via Garziera, 42 Santorso (VI) dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00 alle ore 18:00**

A cura della SEGRETERIA

Esibisce il seguente documento: _____ N° _____

Costo Documentazione € _____ Firma dell'impiegato _____

Costo Spese postali € _____ Firma dell'impiegato _____