

**RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA/VERBALE DI PRONTO SOCCORSO/REFERTI AMBULATORIALI/CD CORONAROGRAFIA**

**Cognome e nome della persona**

**di cui si richiede la cartella** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**nato/a a** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **il** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**residente a:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **REPARTO** | **PERIODO DI RICOVERO\*\*** | **NR. COPIE** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\*\* È sufficiente indicare il periodo indicativo (mese/anno)

**Il richiedente è:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Se stesso | allegare copia del documento di identità del titolare |
|  | Delegato del richiedente | allegare copia del documento di identità di entrambi i soggetti |
|  | Tutore/Amm. Legale | allegare copia del decreto di nomina e copia del documento di identità |
|  | Erede legittimo | allegare dichiarazione sostitutiva di atto notorio e copia del documento di identità |
|  | Genitore di minore | allegare modulo di potestà genitoriale e copia del documento di identità |

**INDIRIZZO PRESSO IL QUALE INVIARE LA DOCUMENTAZIONE***:*

*(IN STAMPATELLO LEGGIBILE)*

*Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_*

*Via/Viale/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***Data di richiesta****: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* **Firma del richiedente** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DELEGA ALLA RICHIESTA DELLA DOCUMENTAZIONE**

Nell’impossibilità di poterlo fare di persona

**DELEGO**

A richiedere e a ritirare copia della mia cartella clinica e/o Verbale di Pronto Soccorso

La/il Sig.ra/Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in via/viale/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_

 Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_