



**ATSSardegna**  
Azienda Tutela Salute  
ASSL San'uri

Ospedale N.S. di Bonaria

Ufficio Cartelle Cliniche  
Orario: 9,00-12,00  
dal lunedì al venerdì  
Tel. 070/9378270  
fax 070/9378291

**MODULO RICHIESTA INTESTATARIO/RAPPRESENTANTE/EREDE**

Alla Direzione Sanitaria  
Presidio Ospedaliero di San Gavino M.le

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

nella qualità di :

Intestatario;  Erede;  Esercente la potestà di genitore;  Tutore;  Curatore;  Amministratore di sostegno

del/la Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Il rilascio della seguente documentazione sanitaria del paziente sopra indicato:

copia della cartella clinica relativa alla degenza nel

Reparto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Copia estratto della cartella clinica;

copia verbale dell'accesso al Pronto soccorso avvenuto il \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_;

duplicato documentazione radiografica relativa all'esame: \_\_\_\_\_ eseguito il \_\_\_\_\_

durante il ricovero nel Reparto di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

certificato di riscontro autoptico relativo al decesso avvenuto in data \_\_\_\_\_ nel Reparto di \_\_\_\_\_

*Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del decreto legislativo 30/06/2003 n. 196 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza viene presentata.*

San Gavino M.le, li \_\_\_\_\_

Telefono Richiedente \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente

\_\_\_\_\_